

# Parent Management Training – Oregon og ADHD.

- En studie av hvilke faktorer som  
påvirker behandlingseffekten for familier  
som har barn med både ADHD og  
alvorlige atferdsproblemer.

Åsa Forsell



Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning

Pedagogisk Forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2011

© Åsa Forsell

2011

Parent Management Training – Oregon og ADHD. - En studie av hvilke faktorer som påvirker behandlingseffekten for familier som har barn med både ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

Åsa Forsell

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

**TITTEL:**

Parent Management Training – Oregon og ADHD.  
- En studie av hvilke faktorer som påvirker behandlingseffekten for familier som har barn med både ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

**AV:**

Åsa Forsell

**EKSAMEN:**

Masteroppgave i pedagogikk

Pedagogisk – psykologisk rådgivning

**SEMESTER:**

Vår 2011

**STIKKORD:**

ADHD, alvorlige atferdsproblemer, PMTO



# Sammendrag

## Problemområde og problemstilling

Barn som har både Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og alvorlige atferdsproblemer utgjør ca. 40 % av alle henvisninger til hjelpeapparatet i Norge per år (Haugen, 2008c). Dermed er det et stort behov for effektive intervensjoner for å kunne hjelpe denne gruppen av barn. Foreldretreningsprogrammet Parent Management Training (Oregon) har vist seg å være effektivt for barn med ADHD og/eller alvorlige atferdsproblemer (Fabiano, Pelham Jr., Coles et al., 2009; Brestan & Eyberg, 1998). Imidlertid er det noen familier som ikke profitterer i like stor grad på foreldretrening som andre familier. Det er gjort en rekke studier i forhold til foreldretrening og barn med ADHD eller alvorlige atferdsproblemer, dog er det gjort relativt få undersøkelser på effektene av foreldretrening for familier som har barn som lider av begge deler. Forskning på faktorer som kan påvirke utfallet ved foreldretrening for familier som har barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer kan bidra til økt kunnskap om hvilke typer familier denne intervensjonsformen virker best for, og om hva som fører til at enkelte familier oppnår bedre resultater sammenlignet med andre. Hovedproblemstillingen i oppgaven er følgende: *Hvilke faktorer ved barnet og/eller familien påvirker effekten av PMTO hos familier med barn med ADHD og alvorlige atferdsproblemer? Og fører endringer i foreldreferdighetene positiv grensesetting og problemløsning til positiv endring av andre utfall?* Det er blitt foretatt en avgrensning når det gjelder aktuelle variabler ved barnet og familien som en kan se nærmere på. Oppgaven vil ta seg for følgende variabler ved barnet: kjønn, alder, grad av eksternalisert atferd, grad av oppmerksomhetsvansker og grad av angst/depresjon. Videre vil følgende variabler ved og rundt familien bli undersøkt nærmere for å se om de har en betydning for utfallet: foreldrenes inntekt, utdanning og sivilstatus, hvilken type instans familien er knyttet til og mors depresjon. I tillegg vil det undersøkes om familiens mottakelse av trygd har noe å si for behandlingsutfallet.

## Metode

Alle statistiske analyser i oppgaven er foretatt i SPSS 18 (PASW). Det ble først utført en korrelasjonsanalyse. Deretter ble de uavhengige kategoriske variablene, som viste seg å korrelere med en eller flere av de avhengige variablene i korrelasjonsanalysen, nærmere

undersøkt i en variansanalyse. Det ble benyttet enveis ANOVA i form av F - tester for å se om det var en signifikant forskjell mellom den enkelte uavhengige variabelen sine grupper i forhold til deres gjennomsnittsskåre på de avhengige variablene. Avslutningsvis ble post hoc tester (Bonferroni) brukt ved flere enn to grupper for å avdekke hvilke gruppe/hvilke grupper som var signifikant ulik(e) fra de andre.

### Data/kilder

Undersøkelsen i denne oppgaven er basert på data fra en større studie utført ved Atferdssenteret i Oslo. Målgruppen for den opprinnelige studien var to grupper familier bestående av barn med ulik problematikk. Den ene familiegruppen hadde barn med både ADHD og alvorlige atferdsproblemer, og den andre familiegruppen hadde barn som kun viste alvorlige atferdsproblemer. Rekrutteringsperioden varte fra januar 2001 til april 2005, og målingene ble utført før (pre) og etter (post) PMTO – behandlingen. Familiene ble rekruttert ved hjelp av ordinære henvisningsrutiner ved de aktuelle hjelpeinstansene. *Child Behavior Checklist (CBCL)* og *Teacher Report Form (TRF; Achenbach, 1991)* ble brukt for å vurdere brede områder av barnas fungering. Videre ble *Parent daily report (PDR; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982)* brukt for å måle alvorlig problematferd hos barna. *Social Skills Rating System (SSRS)* ble brukt til å vurdere barnas sosiale ferdigheter og skolefaglige kompetanse (Gresham & Elliott, 1990). Avslutningsvis ble *Coder's impression (CI) of parent practices and child behavior* brukt i vurderingen av foreldreferdigheter og atferd hos barnet ved strukturerte samspillsituasjoner, så kalte SITs (Stubbs, Crosby, Forgatch & Rains, 2003), som ble tatt opp på video.

### Resultater og hovedkonklusjoner

Resultatet fra undersøkelsen viste at variablene: *barnets alder, foreldrenes sivilstatus, trygd/ikke trygd* og *type instans* ikke påvirket behandlingsutfallet ved denne PMTO – behandlingen. Når det gjaldt *barnets kjønn* viste seg denne variabelen å påvirke de utfall som var relatert til barnets endringer innenfor både dets grad av eksternalisert atferd (rapportert av lærer) og akademisk kompetanse, der jentene tenderte mot å endre seg mer på den førstnevnte variabelen i løpet av intervensjonen, enn guttene, mens det var motsatt i forhold til den sistnevnte variabelen. I tillegg viste variansanalysen en signifikant forskjell mellom gutter og

jenters gjennomsnitt i forhold til foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting, der det viste seg at de foreldrene som hadde døtre gjennomgikk større endringer innenfor denne foreldreferdigheten i løpet av intervensjonen, enn de foreldrene som hadde sønner. Imidlertid var det en klar overvekt av gutter i utvalget, noe som kan ha hatt en innvirkning på resultatet.

*Barnets grad av eksternealisert atferd* hadde en positiv påvirkning på de utfall som var knyttet til barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker. Dette var kun gjeldende for de barna som hadde en høy grad av eksternealisert atferd ved pretest. Når det gjaldt *barnets grad av oppmerksomhetsvansker* hadde også denne variabelen, som den ovennevnte, en positiv påvirkning på de utfall som var relatert til barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker. I tillegg hadde *barnets grad av oppmerksomhetsvansker* en positiv påvirkning på de utfall som var knyttet til barnets endringer i forhold til dets grad av sosial kompetanse. Alle de tre funnene var gjeldende for barn som hadde store oppmerksomhetsvansker ved pretest.

Videre viste undersøkelsen at de barna som hadde en høy *grad av angst/depresjon* ved pretest tenderte mot å endre seg mer, i forhold til deres grad av eksternealisert atferd og oppmerksomhetsvansker (rapportert av foreldre), enn de barna som hadde en lav *grad av angst/depresjon*. Når det gjaldt variabelen *familiens inntekt* hadde denne en positiv påvirkning på de behandlingsutfall som var relatert til barnets endringer i forhold til dets grad av eksternealisert atferd og oppmerksomhetsvansker (når begge endringene var rapportert av lærer). I tillegg hadde *familiens inntekt* en positiv påvirkning på det utfall som var knyttet til barnets endringer i forhold til dets grad av sosial kompetanse (rapportert av foreldre). Disse funnene var gjeldende for de barna som hadde foreldre med høy inntekt.

*Foreldrenes utdanning* hadde en positiv påvirkning på de behandlingsutfall som var knyttet til barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker (når begge endringene var rapportert av lærer). Det viste seg at de barna som hadde foreldre som enten hadde en høyskoleutdanning eller enkeltfag fra universitetet var de som oppnådde de høyeste endringsskårene på de to ovennevnte variablene ved posttest, mens barn av foreldre med en yrkesfaglig utdanning fra videregående skole var de som endret seg i minst grad på disse variablene. I tillegg hadde *foreldrenes utdanning* en positiv påvirkning på det utfall som var relatert til foreldrenes endringer innenfor foreldreferdigheten positiv grensesetting, der foreldre som hadde en yrkesfaglig utdanning fra videregående skole tenderte mot å endre seg

mest innenfor denne foreldreferdigheten i løpet av intervensjonen, mens foreldre som enten hadde en universitetsutdanning eller en utdanning fra en vitenskapelig høyskole tenderte mot å endre seg i minst grad.

*Mors depresjon* hadde ikke en innvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen, noe som kan bety at behandlingen var like effektiv for familier der mor var deprimert, som for familier der mor ikke var deprimert. Avslutningsvis førte ikke endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor verken *positiv grensesetting* eller *problemløsning* til positiv endring av andre utfall ved denne PMTO – behandlingen.

Resultatene i denne undersøkelsen overensstemmer, totalt sett, delvis med resultatene i tidligere publiserte studier. Dette kan komme av at tidligere studier har inkludert barn med enten ADHD eller alvorlige atferdsproblemer, mens denne studien bestod av barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer. Imidlertid er det stor komorbiditet mellom disse lidelsene, og det vil være rimelig å forvente et mindre markant skille mellom resultatene. En annen grunn til at resultatene i denne undersøkelsen ikke overensstemmer med resultater fra tidligere studier kan komme av at det kun er et fåtall studier som har sett på hvilke faktorer som kan påvirke utfallet ved foreldretrening for familier med barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer tidligere. Ut fra den sistnevnte begrunnelsen ser det ut til at det er behov for flere studier som ser på om følgende variabler: *barnets alder*, *foreldrenes utdanning* og *foreldrenes sivilstatus* kan ha en positiv påvirkning på behandlingsutfallet, ved foreldretrening, for denne gruppen av barn. I tillegg ser det ut til at det er behov for flere studier som ser på om endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor *positiv grensesetting* kan føre til positiv endring av andre utfall ved PMTO, da resultatene fra denne undersøkelsen ikke overensstemmer med resultatene fra en tidligere studie utført av Ogden og Amlund Hagen (2008).





# Forord

Fem år på Blindern er snart over, og jeg skal ut i arbeidslivet igjen. På disse årene har jeg lært mye om sosialisering, oppdragelse, utvikling og dannelse. Masterstudiet har gitt meg kunnskap om blant annet dysleksi, ADHD og sosiale og emosjonelle vansker. I løpet av disse årene har jeg vokst både faglig og personlig.

Arbeidet med masteroppgaven har vært preget av både oppturer og nedturer, og til tider var jeg usikker på om jeg skulle rekke å levere noe jeg var fornøyd med. Å skrive en oppgave på denne størrelsen på kun noen måneder er mer krevende enn man skulle tro, særlig om man som meg er svensk og skriver på norsk.

Jeg vil først begynne å takke min veileder Gunnar Bjørnebekk for at jeg fikk låne data fra din studie vedrørende foreldretrening for familier med barn med ADHD og alvorlige atferdsproblemer. Jeg hadde først planlagt å skrive en teoretisk oppgave, men var ikke sen om å gripe sjansen når jeg fikk den. Å få innsyn i dette forskningsprosjektet har vært meget interessant og lærerikt for meg. Videre vil jeg takke deg for hjelp ved kjøring av analysene i SPSS, og for konstruktive tilbakemeldinger under hele oppgaveprosessen.

Deretter vil jeg takke min samboer Gro Hege for all den støtten som jeg har fått i løpet av fem år som student på Blindern. I forbindelse med tidligere eksamensperioder og under arbeidet med masteroppgaven har du stått på ekstra i forhold til alt som må gjøres, både inne og ute. Nå kan vi endelig finne på ting sammen i helgene igjen! Jeg vil også takke mine to stebarn Silje og Malin for at dere har vist stor forståelse for at jeg trengte fred og ro rundt meg mens jeg skrev denne oppgaven.

Til slutt en stor takk til min studievenninne Elin for korrekturlesing, og for faglige innspill.

Oslo, 25. mai

Åsa Forsell

*"Det virker alltid umulig før det er gjort"*

(Nelson Mandela)



# Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Innføring til emnet og presentasjon av problemstilling .....	1
1.1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2	Begrepsavklaring.....	4
1.2.1	Alvorlige atferdsproblemer .....	4
1.2.2	Sosial kompetanse .....	5
1.3	Oppgavens oppbygning.....	5
2	ADHD .....	7
2.1	Hva er ADHD? .....	7
2.2	Problemområdene ved ADHD.....	8
2.2.1	Oppmerksomhet .....	8
2.2.2	Hyperaktivitet og impulsivitet.....	9
2.3	Forekomst og kjønnsforskjeller .....	10
2.4	Arvelighet, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer .....	11
2.5	Forløp og prognose .....	13
2.6	Komorbiditet.....	14
2.6.1	ADHD og sosiale problemer .....	15
2.6.2	ADHD og angst / depresjon .....	16
2.6.3	ADHD og alvorlige atferdsproblemer.....	17
	OPPSUMMERING .....	23
3.	PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON - MODELLEN .....	24
3.1	Det teoretiske grunnlaget for programmet - Pattersons sosial - interaksjonistiske læringsteori.....	24
3.2	Sentrale områder innenfor PMTO – hvordan styrke foreldreferdighetene? .....	30
3.3	Praktisk om PMTO i Norge .....	34
	OPPSUMMERING .....	35
4.	HYPOTESER.....	36
5.	METODE .....	42
5.1	Utvalg .....	42
5.2	Prosedyre .....	43
5.3	Måleinstrumenter .....	43

5.4 Statistisk bearbeidning av datamaterialet .....	47
5.4.1 Korrelasjonsanalyse .....	47
5.4.2 Variansanalyse .....	48
6. RESULTATER .....	50
6.1 Resultater fra korrelasjonsanalysen.....	52
6.2 Resultater fra variansanalysen.....	59
7. DISKUSJON .....	64
7.1 Metodediskusjon .....	83
Register.....	86
Litteraturliste .....	88



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Innføring til emnet og presentasjon av problemstilling

Barn som har både Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og alvorlige atferdsproblemer utgjør ca. 40 % av alle henvisninger til hjelpeapparatet i Norge per år (Haugen, 2008c). ADHD er en vedvarende lidelse, der individet viser unormale nivåer av uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsiv atferd (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Barn som oppfyller kriteriene for ADHD, og som i tillegg har alvorlige atferdsproblemer, forventes å oppleve flere vansker på ulike arenaer sammenlignet med de som kun har ADHD (Moffitt & Scott, 2009). I forbindelse med behandling av barn med ADHD ligger Norge på verdenstoppen i bruk av sentralstimulerende midler (INCB Report, 2004). Forskning har vist at sentralstimulerende midler bedrer kjernesymptomene ved lidelsen, men at bruken ikke fører til at sosiale relasjoner blir noe enklere for barnet, eller at de akademiske prestasjonene hos barnet forbedres (Barkley, 2006). Videre viser undersøkelser at barn med ADHD, som i tillegg har en aggressiv atferd, ikke viser en bedring i prososial atferd etter medisinerings (Schachar & Tannock, 2002). Basert på disse funnene vil det være rimelig å antyde at medisinerings alene ikke er et tilfredsstillende behandlingsalternativ verken for barn med ADHD eller for barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

En rekke studier har vist at faktorer ved familien er sterkt knyttet til antisosial atferd hos barnet (Moffitt og Scott, 2009), der Patterson (1982) sin teori om ”fastlåste og tvingende samspill” i familien har hatt en stor innflytelse på dette området. Det er i dag en bred enighet om at foreldretrening er en god og effektiv intervensjonsform for familier med barn med ADHD og/eller alvorlige atferdsproblemer (Fabiano, Pelham Jr., Coles, Gnagy, Chronis – Tuscano & O’Connor, 2009; Brestan & Eyberg, 1998). Når det spesifikt gjelder foreldretreningsprogrammene Parent Management Training og Parent Management Training - Oregon har begge vist seg å være meget effektive i å redusere opposisjonell atferd og atferdsproblemer hos barn (Gelso & Fretz, 2001; Ogden & Amlund Hagen, 2008). I 1999 startet en landsomfattende implementering av det sistnevnte programmet i Norge (Ogden, Amlund Hagen, Askeland & Christensen, 2009). Foreldretreningsprogrammet har vist seg så

langt å gi gode resultater sammenlignet med ordinære behandlingsmetoder ved hjelpeinstansene (Ogden & Amlund Hagen, 2008).

Selv om PMTO og andre foreldretreningsprogrammer kan vise til gode resultater, profitterer ikke alle familier i like stor grad av denne intervensjonsformen (Hartman, Stage & Webster – Stratton, 2003). Hinshaw (2007) hevder at kunnskap om hvilke faktorer som kan påvirke behandlingseffekten av en intervensjon er en nødvendighet for at behandlingen av barn med ADHD og andre lidelser skal gi best mulige resultater. Inntil relativt nylig har meget få studier som er blitt foretatt innenfor ADHD – forskningen hatt muligheten til å undersøke hvilke faktorer som kan ha en påvirkning på behandlingsutfallet, dels fordi utvalgene i studiene har vært for små (Hinshaw, 2002). Forskning på faktorer som kan påvirke utfallet ved foreldretrening kan bidra til økt kunnskap om hvem denne intervensjonsformen er best egnet for, og om hva som fører til at enkelte familier oppnår bedre resultater sammenlignet med andre. Oppgaven tar sikte på å gi en bedre forståelse av hvilke faktorer som kan påvirke behandlingsutfallet ved foreldretrening for familier med barn som har både ADHD og alvorlige atferdsproblemer. Dette gjøres ved å studere sammenhengen mellom en rekke utvalgte variabler ved barnet og familien og effektene av foreldretreningsprogrammet PMTO. Videre vil det kontrolleres for om endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor positiv grensesetting og problemløsning, som er to av de fem foreldreferdighetene som det fokuseres på innenfor PMTO, fører til positiv endring av andre utfall ved denne intervensjonen. Hovedproblemstillingen er følgende:

*Hvilke faktorer ved barnet og/eller familien påvirker effekten av PMTO hos familier med barn med ADHD og alvorlige atferdsproblemer? Og fører endringer i foreldreferdighetene positiv grensesetting og problemløsning til positiv endring av andre utfall?*

Det finnes en rekke variabler, både ved foreldrene og barnet, som en kan velge å studere nærmere. Jeg har avgrenset studien til å gjelde følgende variabler ved barnet: *kjønn, alder, grad av eksternalisert atferd, grad av oppmerksomhetsvansker og grad av angst/depresjon*. Videre vil følgende variabler ved og rundt familien bli undersøkt nærmere for å se om de har en betydning for utfallet: *foreldrenes inntekt, utdanning og sivilstatus, hvilken type instans familien er knyttet til og mors depresjon*. I tillegg vil det undersøkes om det at familien mottar trygd har noe å si for behandlingsutfallet. Som en følge av dette vil forskningsspørsmålene,



som er nært knyttet til hypotesene i kapittel fire, være følgende:

- *Har barnets kjønn eller alder en innvirkning på behandlingsutfallet?*
- *Påvirker grad av eksternalisert atferd hos barnet behandlingsutfallet?*
- *Påvirker grad av oppmerksomhetsproblemer hos barnet behandlingsutfallet?*
- *Har det at barnet har en angstlidelse og/eller en depresjon en innvirkning på behandlingsutfallet?*
- *Har foreldrenes inntekt og utdanning en innvirkning på behandlingsutfallet?*
- *Har antall foreldre i familien en innvirkning på behandlingsutfallet?*
- *Påvirker det at den enkelte familien mottar trygd behandlingsutfallet?*
- *Har hvilken type instans familien er tilknyttet noe å si for utfallet?*
- *Har mors depresjon en innvirkning på behandlingsutfallet?*
- *Fører endringer i foreldrenes ferdigheter innenfor positiv grensesetting og problemløsning til positiv endring av andre utfall?*

Tidligere forskning på dette området har blant annet vist at foreldrenes utdanning og barnets alder har en innvirkning på effektene av foreldretrening (Rieppi, Greenhill, Ford, Chuang, Wu, Davies et al., 2002; Dishion & Patterson, 1992). Disse studiene har inkludert barn med enten ADHD eller alvorlige atferdsproblemer, der noen barn i den førstnevnte gruppen har hatt atferdsproblemer i tillegg til ADHD, og der noen barn i den sistnevnte gruppen har hatt ADHD i tillegg til alvorlige atferdsproblemer. Undersøkelsen som er knyttet til denne oppgaven gir oss en mulighet til å analysere effektene av foreldretrening for barn som har både en ADHD – diagnose og alvorlige atferdsproblemer.

### **1.1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Det er stadig fler barn og unge som får diagnosen ADHD (Beckman, 2004). Mange av disse barna har, som nevnt, alvorlige atferdsproblemer i tillegg (Hinshaw, 1994). I følge Nordahl, Sørli, Manger og Tveit (2007) er alvorlig atferdsproblematikk tiltagende i norske skoler, der barn og unge med alvorlig problematferd kan skape daglige utfordringer for lærere og medelever. I en oppfølgingsundersøkelse utført av Lindberg og Ogden (2001) ble det, under de 32 månedene som undersøkelsen varte, registrert en betydelig økning i lærernes

rapportering av atferdsproblemer i skolen. Disse barna viser som oftest utagerende atferd hjemme mot foreldre og søsken i tillegg til på skolen. Forskningsspørsmålene som er relatert til denne oppgaven og dens undersøkelse kan anses å være meget relevante for de som arbeider med å finne de rette tiltakene for det enkelte barnet med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer og dets familie.

Undersøkelsen i denne oppgaven er basert på data fra en større studie utført ved Atferdssenteret i Oslo. Målgruppen for den opprinnelige studien var to grupper av familier, der den ene gruppen bestod av familier som hadde barn med ADHD og alvorlige atferdsproblemer, og der den andre gruppen bestod av familier med barn med kun alvorlige atferdsproblemer. Hensikten med den opprinnelige studien var å undersøke hvordan gruppen av barn som hadde både ADHD og alvorlig problematferd skilte seg, når det gjaldt sosial bakgrunn og atferdsmessige karakteristikk ved inntak til behandling, fra gruppen som kun hadde alvorlige atferdsproblemer. Videre ble det forsket på hvordan de to gruppene var forskjellige fra hverandre når det gjaldt atferdsmessige utfall etter endt PMTO – behandling. Avslutningsvis ble det undersøkt om andre variabler, slik som inntekt, depresjon hos mødre og barnets alder, virket sammen med ADHD i en eventuell påvirkning av utfallet. I tillegg ble analyser utført for å undersøke hvordan foreldretreningen påvirket eksternaliserende problemer, som er nært knyttet til atferdsproblemer, sammenlignet med oppmerksomhetsvansker, som er nært knyttet til ADHD. I undersøkelsen som ble foretatt i forbindelse med dette masteroppgaveprosjektet bestod målgruppen av de familiene som hadde barn med både ADHD og alvorlige atferdsproblemer, der familiene som hadde barn med kun alvorlige atferdsproblemer ble ekskludert.

## **1.2 Begrepsavklaring**

### **1.2.1 Alvorlige atferdsproblemer**

Det brukes mange ulike faguttrykk om problematferd hos barn og unge, som psykososiale problemer, sosiale og emosjonelle problemer, tilpasningsvansker og atferdsvansker (Ogden, 2009). I tillegg benyttes det en rekke fagbegreper fra psykiatrien og psykologien om denne atferden, som for eksempel Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og Atferdsforstyrrelse

(CD). I denne oppgaven blir alvorlige atferdsproblemer oppfattet som symptomer på Opposisjonell atferdsforstyrrelse og/eller Atferdsforstyrrelse eller som atferd som er synonymt med disse symptomene, slik som aggresjon, kriminalitet eller forstyrrende atferd i klasserommet. De essensielle kjennetegnene ved ODD er et mønster av vedvarende negativ, fiendtlig, trassig, provoserende og forstyrrende atferd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Atferdsforstyrrelse er en noe mer alvorlig lidelse og defineres som ”gjentatt og vedvarende antisosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:356). De to ovennevnte lidelsene vil bli nærmere omtalt i avsnitt 2.6.3. Begrepet antisosial atferd vil bli brukt synonymt med begrepet alvorlige atferdsproblemer gjennom hele oppgaven, da atferdsproblemene som barna i oppgaven har, kan betraktes som alvorlige og vedvarende. I tillegg vil alvorlig problematferd, eksternalisert atferd og utagerende atferd bli brukt synonymt med alvorlige atferdsproblemer for å lette lesingen av oppgaven.

### **1.2.2 Sosial kompetanse**

Sosial kompetanse blir i oppgaven oppfattet som ”relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner” (Ogden, 2009:207). Denne type kompetanse er en forutsetning for sosial mestring og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap.

## **1.3 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt inn i seks hoveddeler som til sammen består av syv kapitler. I det første kapitlet, som utgjør innledningsdelen, gis det en kort innføring i emneområdet. Deretter presenteres problemstillingen, og viktige begreper i oppgaven. Kapittel to og tre utgjør oppgavens teoridel, der det førstnevnte kapitlet tar for seg ADHD. Kapitlet starter med å redegjøre for de aktuelle problemområdene ved ADHD, for så å diskutere forekomst og kjønnsforskjeller. Videre blir risiko- og beskyttelsesfaktorer samt arvelighet omtalt. Forløp og

prognose utgjør det femte området som blir tatt opp i kapittelet. Deretter rettes fokuset mot komorbiditet, der det i hovedsak blir fokusert på kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer, da undersøkelsen i denne oppgaven omfattet barn med denne kombinasjonen. Kapittelet avsluttes med en kort oppsummering.

Kapittel tre tar seg for foreldreveiledningsprogrammet Parent Management Training - Oregon (PMTO), da undersøkelsen i denne oppgaven er basert på familier som har gjennomgått en PMTO – behandling. Kapittelet starter med å redegjøre for Pattersons sosial - interaksjonistiske læringsteori, som er det teoretiske grunnlaget for PMTO. Deretter blir de sentrale områdene innenfor PMTO beskrevet, der det legges vekt på programmets fem ferdighetsområder innenfor oppdragelsen og de tilhørende behandlingstemaene. Kapittelet avsluttes med en kort presentasjon om innføringen av PMTO i Norge, og så en kort oppsummering.

Oppgavens hypotesedel består av kapittel fire, der hypoteser knyttet til de forskningsspørsmål som ble nevnt i avsnitt 1.1 blir presentert. Det femte kapittelet utgjør oppgavens metodedel, og starter med å presentere utvalget i undersøkelsen. Videre beskrives undersøkelsens prosedyrer, og de måleinstrumenter som ble brukt i forbindelse med innsamlingen av data. Avslutningsvis omtales de statistiske analysene som ble brukt i forbindelse med undersøkelsen. Oppgavens resultatdel består av kapittel seks, der resultatene fra den aktuelle undersøkelsen blir presentert. I diskusjonsdelen, som består av kapittel syv, blir de empiriske funnene fra undersøkelsen diskutert. Avslutningsvis drøftes styrker og svakheter ved undersøkelsen i oppgaven.

## 2 ADHD

### 2.1 Hva er ADHD?

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en nevropsykiatrisk lidelse kjennetegnet ved hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker (Zeiner, 2004). Individer med ADHD viser disse karakteristikkenes tidlig i livet, til en grad som er overdreven og upassende for deres alder eller utviklingsnivå, og på tvers av ulike situasjoner som krever oppmerksomhet og regulering av egen atferd (Barkley, 2006). Hyperaktiviteten, impulsiviteten og uoppmerksomheten varierer over tid og i ulike miljøer hos samme individ, men variasjonene mellom individer er også stor, da vanskene ofte ledsages av andre vansker (Beckman & Fernell, 2004). I følge Zeiner (2004) ser det ut til at mange barn med ADHD har store svingninger i fungering fra én dag til den neste, men det er usikkert hva som forårsaker denne dagsvariasjonen. Det er viktig å understreke at den store variabiliteten i fungering ikke er en viljessak hos disse barna. I henhold til diagnostisering brukes (per i dag) enten DSM – IV eller ICD – 10, der den førstnevnte blir brukt i USA, mens den sistnevnte klassifiseres som det offisielle diagnosesystemet i Norge. I følge Zeiner, brukes ADHD diagnosen i større grad også i Norge, trolig fordi det finnes mye forskning basert på denne diagnosen som norske forskere kan støtte seg på.

I DSM – IV deles ADHD inn i tre undergrupper: ADHD overveiende hyperaktiv - impulsiv type, ADHD overveiende uoppmerksomhetstype og ADHD kombinert type (American Psychiatric Association, 2000). For å kunne faststille denne diagnosen så må barnet vise minst seks symptomer på enten uoppmerksomhet eller hyperaktivitet/impulsivitet. Videre må visse funksjonsnedsettende symptomer ha vært til stede før barnet er syv år, og disse symptomene må forårsake vansker på to eller flere arenaer. I tillegg må det finnes tydelige bevis på klinisk signifikant svekkelse i sosial, akademisk eller yrkesmessig fungering. Avslutningsvis må ikke symptomene hos barnet være til stede som følge av en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, schizofreni eller annen psykotisk lidelse. Symptomene må heller ikke kunne forklares bedre av en annen psykisk lidelse, som for eksempel angst eller personlighetsforstyrrelse (ibid).

I ICD – 10 blir disse vanskene omtalt som Hyperkinestetisk lidelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kriteriene i dette diagnosesystemet er strengere sammenlignet med de i DSM – IV, i den forstand at Hyperkinestetisk lidelse forutsetter at barnet skal vise både hyperaktivitet og impulsivitet samt oppmerksomhetsvansker. I følge Taylor og Sonuga – Barke (2009) må ikke Hyperkinestetisk lidelse og ADHD kombinert type bli oppfattet som samme lidelse, da den førstnevnte lidelsen skiller seg fra den sistnevnte når det gjelder blant annet tilleggsvansker. I henhold til ICD – 10 får ikke et barn diagnosen Hyperkinestetisk lidelse, hvis det har andre lidelser som for eksempel angst (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I henhold til DSM – IV får barnet kun en annen diagnose, hvis symptomene til barnet kan forklares bedre av den komorbide lidelsen (American Psychiatric Association, 2000).

## **2.2 Problemområdene ved ADHD**

### **2.2.1 Oppmerksomhet**

Evnen til å konsentrere seg kan bli delt inn i tre områder: utholdenhet, fokusering og delt oppmerksomhet (Duvner, 2004). I følge Hinshaw (1994) viser barn med ADHD størst problemer når det gjelder å holde konsentrasjonen over en lengre periode. De blir fort trette når de blir presentert for krevende arbeidsmengder, og selv prestasjonen kan være optimal når de utfører oppgaver som de har valgt selv, blir den ofte svekket når kravene stilles av andre. Dette gjelder særlig når oppgavene ikke oppfattes som interessante av barnet. Hos personer uten denne lidelsen kan det også være vanskelig å arbeide lenge med noe en synes ikke er så interessant, men hos personer med ADHD er dette mye mer markant (Duvner, 2004). Videre viser barn med ADHD vansker med å komme i gang med en oppgave, og de mister ofte konsentrasjonen. I følge Duvner blir disse barna forstyrret av alt som hender i omgivelsene, og de trenger betydelig lengre tid enn andre for å gå tilbake til det de holdt på med. Imidlertid hevder Barkley (2006) at hypotesen om at barn med ADHD lett blir distraheret av stimuli rundt dem, ikke alltid får støtte av forskningen. Forskere som ikke støtter denne hypotesen mener at evnen til å bli distraheret kan være aldersrelatert eller at det kan ha noe å gjøre med hvor kognitivt krevende oppgaven er. Andre hevder at det akkurat er barnets vanske med å opprettholde oppmerksomheten som gjør at omgivelsen tror at barnet lett blir distraheret, når

det egentlig ikke kan holde konsentrasjonen like lenge som barn uten denne diagnosen (Barkley, 2006).

Barn med ADHD kan også ha vanskeligheter med delt oppmerksomhet, det vil si å kunne fokusere på flere ting samtidig (Zeiner, 2004). De er ofte så opptatt av egne tanker, ideer og følelser, at det kan være vanskelig å lytte til hva andre har å si (Duvner, 2004). Når utholdenheten svikter og barnet skifter aktivitet ofte, kan dette føre til at barnet opplever tilværelsen som fragmentert. Om barnet da stilles til ansvar for noe som det var innblandet i for en stund siden, er det ikke alltid selvsagt at det ser sin egen rolle i det. Vanskene endrer seg i forhold til barnets alder, og i hvilken grad vanskene hos barnet er hemmende varierer i takt med krav fra omgivelsene (Taylor & Sonuga – Barke, 2009).

### **2.2.2 Hyperaktivitet og impulsivitet**

Begrepet hyperaktivitet omfatter et aktivitetsnivå som ligger betydelig over det som er vanlig, når en har tatt alder og kjønn i betraktning (Zeiner, 2004). Hyperaktivitet er, i følge Taylor og Sonuga – Barke (2009), ofte hovedproblemet i tidlig barnealder, mens det blir mindre framtrедende jo eldre individet blir. En rekke studier utført av Barkley og Cunningham (1979) har vist at barn med ADHD er mer aktive, rastløse og urolige sammenlignet med barn uten denne diagnosen. Nyere forskning har vist at noe av hyperaktiviteten er en form for søken etter stimulering, der hyperaktiviteten hos barnet øker i kjedelige omgivelser uten stimulering og blir redusert når stimulering blir lagt til (Antrop, Roeyers, Van Oost & Buysse, 2000). I følge Duvner (2004) fungerer ikke reguleringsfunksjonene som styrer søvn og våkenhet samt den mer fininnstilte aktivitetskontrollen tilfredsstillende hos de med ADHD. Dette fører til at når barnet befatter seg med stillesittende aktiviteter synker våkenheten og barnet kan føle seg treg og langsom, noe som i sin tur fører til at barnet opplever en trang til å bevege på seg.

Et sentralt problem hos de med ADHD er manglende impulskontroll (Duvner, 2004), hvilket ofte fører til at barnet handler uten å tenke seg om. I følge Barkley (2006) er det impulsiviteten, heller enn barnets oppmerksomhetsvansker, som er det fremste kjennetegnet ved ADHD. Han hevder videre at den dårlige atferdsreguleringen som denne gruppen viser kan resultere i noen av de oppmerksomhetsvanskene som kommer til syne. Impulsiviteten

kommer blant annet til uttrykk gjennom at barnet stadig responderer til situasjoner uten å vente på at alle instruksjonene blir lest opp. Barn med ADHD kan ha vanskeligheter med å bedømme konsekvenser, og dette fører ofte til at de engasjerer seg i jevnlig, unødvendig risikotaking (Barkley, 2006). Taylor og Sonuga – Barke (2009) hevder at det kan være vanskelig å skille impulsivitet fra andre typer av opposisjonell atferd, men at det er viktig å prøve å skille disse to, da impulsiviteten er noe barnet ikke kan ha kontroll over.

## 2.3 Forekomst og kjønnsforskjeller

I følge Sharkey og Fitzgerald (2007) er det vanskelig å si hvor mange barn som har denne diagnosen, da dette er avhengig av en rekke faktorer slik som: hvilken diagnosemanual som er blitt brukt ved diagnostiseringen (ICD – 10 eller DSM – IV), hvilke metoder som er blitt brukt når en har diagnostisert (eks. spørreskjema eller intervjuer), karakteristikker ved utvalget en har brukt (eks. alder og kjønn), antall informanter en har brukt ved diagnostiseringen (eks. kun foreldre eller foreldre og lærere), komorbiditet (komorbiditet ekskludert eller inkludert), land og demografiske variabler (bygd vs. by). Biederman og Faraone (2005) rapporterer om en forekomst på 8-12 %, mens Hinshaw (2003) oppgir en forekomst på 3-7 %. Studier utført i USA, Tyskland og New Zealand har vist at ca. 3-6 % av de barna som var i skolealder hadde ADHD (Silver, 2004). Oppsummert viser internasjonale forskningsfunn en forekomst på 3-12 %, mens nasjonale funn viser en forekomst på 3-5 % (*AD/HD – faktaark*, 2009). Hyperkinestetisk lidelse antas å forekomme hos ca. 1-2 % (Silver, 2004). Barkley (2006) rapporterer om en lavere forekomst av ADHD hos ungdommer enn hos barn, men hevder at dette kan ha noe å gjøre med at de kriteriene som er satt opp egner seg best til vurdering av barn.

Når det gjelder fordelingen av jenter og gutter i forhold til hvor mange som får diagnosen ADHD vil dette variere ut ifra om studien er basert på kliniske utvalg eller befolkningsundersøkelser. I følge Zeiner (2004) er gutter overrepresentert i kliniske utvalg, der andelen gutter motsvarer 75-90 %. Sharkey og Fitzgerald (2007) rapporterer også om en klar overvekt av gutter i kliniske utvalg. I nabolandet Sverige er det ti ganger så mange gutter som jenter som utredes og får diagnosen, mens befolkningsundersøkelser som er blitt utført der viser at det er tre til fire ganger flere gutter enn jenter som viser ADHD – symptomer



(Duvner, 2004). Samtidig viser en studie utført av Biederman og Faraone (2005) at jenter med ADHD i langt sjeldnere grad blir henvist til hjelpeinstanser enn gutter. Dette innebærer at mange jenter med ADHD sannsynligvis ikke får den hjelpen de trenger.

Silver (2004) hevder at gutter ofte viser store atferdsproblemer i tillegg til ADHD – symptomene, hvilket skaper problemer for omgivelsene, som i sin tur resulterer i flere henvisninger. Lignende resonnement finner vi hos Duvner (2004) som er av den oppfatning at gutter med symptomer på ADHD ofte er aggressive, selvhevdende og ekspansive på andres bekostning, mens jentenes konsentrasjonsproblemer rammer dem selv i større grad. I følge Zeiner (2004) er det en pågående diskusjon vedrørende om symptombildet ved ADHD hos jenter skiller seg fra det en finner hos gutter. Forskningsfunn på dette området er sprikende, der noen forskere mener at det finnes slike kjønnsforskjeller, mens andre hevder at det ikke finnes. Zeiner påpeker at de mest karakteristiske beskrivelsene av ADHD er basert på gutter i alderen fem til tolv år, da de utgjør den største gruppen som har kommet til vurdering og behandling. Av den grunn vil, i følge Zeiner, symptomene kunne være relativt forskjellig hos andre grupper, for eksempel hos jenter og ungdommer.

## **2.4 Arvelighet, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer**

I følge Biederman og Faraone (2005) har hypoteser rundt årsaken til ADHD beveget seg fra enkle en – faktor – teorier til synet på ADHD som en kompleks lidelse, der ulike typer av risikofaktorer virker sammen. Disse risikofaktorene er av genetisk, biologisk, miljømessig og psykososial art, og sammen påvirker de, gjennom deres additive og interaktive effekter, utviklingen av lidelsen hos individet. I følge Hinshaw (2003) beregnes arveligheten for ADHD å ligge på mellom 60 og 90 %, mens Biederman og Faraone (2005) rapporterer om en arvelighetsprosent på 75 % for den aktuelle lidelsen. Tvillingstudier gjennomført blant annet i Norge, Sverige, USA og Nederland viser en arvelighetsfaktor på mellom 0,6 til 0,8 (Zeiner, 2004). Disse funnene indikerer at arvelighet definitivt er hovedårsaken til at barn får ADHD. Selv om en har funnet at ADHD har en høy arvelighetsfaktor, så er, i følge Taylor og Sonuga – Barke (2009), virkningene av spesifikke gener liten. En av forklaringene på dette kan være at tvillingstudier som er blitt utført på dette feltet kan ha overvurdert genetiske hovedeffekter

samtidig som de har oversett ulike miljøpåvirkninger. En annen forklaring kan være at det eksisterer et stort antall gener, som i det minste utgjør en moderat påvirkning, men at disse genene ikke har blitt identifisert enda (Taylor & Sonuga – Barke, 2009). Taylor og Sonuga – Barke hevder at den økende kunnskapen om begrensningene ved studiene av genes påvirkning i isolasjon fra miljøets påvirkning har ført til en fornyet interesse for ulike risikofaktorer i miljøet.

Taylor (1994) har uttrykt følgende: ”årsaken har å gjøre med biologiske faktorer, men hvordan det går har å gjøre med hvordan barnet møter omgivelsene og hvordan omgivelsene møter barnet”. Det kan tolkes som om det er en bred enighet blant forskere på dette feltet om at psykososiale faktorer kan styre det aktuelle barnets utvikling i enten en positiv eller negativ retning. Oppfølgingsstudier av barn som har vært i risiko for å utvikle vansker, for eksempel barn som er født for tidlig, har vist at psykososiale forhold har stor betydning for den videre utviklingen (Zeiner, 2004). Alvorlighetsgrad av symptomene og deres kontinuitet gjennom livsløpet, type sekundære symptomer og utfallet av lidelsen er alle relatert til ulike grader av miljømessige faktorer (Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Chen, Marrs et al., 1996).

Barn som blir eksponert for en rekke risikofaktorer i hjemmet viser oftere en uheldig utvikling sammenlignet med barn som blir utsatt for kun én eller få risikofaktor(er) i sine nærmeste omgivelser (Jenkins, 2009). Taylor og Sonuga – Barke (2009) påpeker at kunnskapen om at intervensjoner som fokuserer på foreldretrening kan redusere symptomene på ADHD hos barn i førskolealder, setter lys på hvilken påvirkning det sosiale miljøet kan ha for utviklingen av ADHD. Foreldre som selv har diagnosen vil kunne streve med å fungere som stabile omsorgspersoner, men det er vist at så lenge en av foreldrene fungerer adekvat vil det kunne kompensere for eventuelle vansker den andre forelderen måtte vise (Zeiner, 2004). På den andre siden hevder Duvner (2004) at forelderen med ADHD kan inneha en aggressiv atferd og dermed ha vansker med å løse konflikter, slik at det i tillegg til den genetiske arven kan komme en sosial arv.

Barn av foreldre med vedvarende depresjon viser seg å ha en markant større risiko for utvikling av psykososiale problemer (Rye, 2007). Det er, i følge Rye, lagt spesiell vekt på den innflytelse mors sykdom kan ha på barnets utvikling. Selv om forskning har lagt mest vekt på lidelser hos mor, framhever Haugen (2008b) viktigheten av god mental helse hos begge

foreldrene. Haugen (2008b) hevder at schizofreni, manisk depressiv lidelse, alvorlig grad av depresjon og lignende hos en eller begge foreldrene kan utgjøre risikofaktorer for barnet. En eventuell depresjon hos en av foreldrene kan også ha en indirekte påvirkning på barnet, da Cummings, Keller og Davies (2005) hevder at dette er direkte knyttet til en økt risiko for konflikter mellom foreldrene. Flere samtidige risikofaktorer som for eksempel foreldrenes depresjon, høyt konfliktnivå i familien og et barn med vanskelig temperament øker, i følge Haugen (2008b), sannsynligheten for at barnet skal utvikle atferdsproblemer. Lignende resonnement finner en hos Biederman og Faraone (2005) som er av den oppfatning at et dårlig fungerende samspill i familien og stress mellom foreldrene utgjør risikofaktorer for barnet med ADHD sin utvikling. Hinshaw (2003) hevder at foreldre som har en ettergivende og inkonsekvent og/eller overdrivende hard oppdragelsesstil kan forverre trekk ved barnets temperament som er relatert til ADHD (høyt aktivitetsnivå og høy intensitet). Dette kan igjen spille en betydelig rolle i utviklingen av aggressiv og antisosial atferd, som ofte følger med den aktuelle lidelsen. I følge Zeiner (2004) vil dårlig økonomi og vanskelige boforhold også kunne være med på å påvirke barnets utvikling av ADHD og komorbide lidelser.

”Beskyttende faktorer handler om kjennetegn ved barn, ungdom og deres miljø som motvirker eller nøytraliserer den negative effekten av risikofaktorer” (Ogden, 2009:87). Ogden deler inn de beskyttende faktorene i fire kategorier: individuelle faktorer, familiefaktorer, skolefaktorer og nærmiljø. Faktorer ved barnet eller den unge som kan virke beskyttende er blant annet sosial kompetanse, god tilknytning til foreldre og et enkelt temperament. Når det gjelder familiefaktorer kan støttende og omsorgsfulle foreldre, positiv kommunikasjon i familien, god oppfølging, moderat grensesetting, gode problemløsningsferdigheter og god familiestruktur virke beskyttende mot en uheldig utvikling for barnet. Blant skolefaktorer og faktorer i nærmiljø kan nevnes opplevelse av tilhørighet, prososiale medelever, muligheter for å lykkes i skolen og gode, uformelle nettverk.

## **2.5 Forløp og prognose**

I følge Biederman og Faraone (2005) vil personer som var diagnostisert med ADHD i barndommen ikke fortsette å oppfylle kriteriene for denne lidelsen når de har kommet opp i voksen alder, men omtrent halvparten vil fortsatt vise symptomer som er overensstemmende

med DSM – IV- kriteriene for lidelsen. Som nevnt mener Barkley (2006) at kriteriene som er satt opp i DSM – IV egner seg best til vurdering av barn, slik at det er stor sjanse for at personer som har fått denne diagnosen i barndommen fortsatt ville oppfylle kriteriene i voksen alder, hvis kriteriene hadde blitt alderstilpasset.

Det er i dag bred enighet om at ADHD er en vedvarende lidelse som utgjør en risiko for tilpasningsvansker gjennom hele livet (Hinshaw, 2003; Sharkey & Fitzgerald, 2007). Det er vanlig at den hyperaktive atferden en så i barndomsårene avtar når personen inntreffer voksen alder, men mange vil, i følge Beckman og Fernell (2004), fortsatt streve med oppmerksomhetsvansker og impulsivitet. Barn med ADHD som utviklet Atferdsforstyrrelse i barndommen har en betydelig dårligere prognose med økt risiko for antisosialitet, kriminalitet og misbruk av alkohol eller narkotika som voksne sammenlignet med barn med ADHD alene (Zeiner, 2004). For de som har utviklet antisosial atferd er det vanlig at denne vedvarer i voksen alder (Hechtman & Weiss, 1986).

## **2.6 Komorbiditet**

Hos barn med ADHD er tilleggsvansker regelen heller enn unntaket (Taylor & Sonuga – Barke, 2009). Studier har vist at over halvparten av disse barna viser andre vansker i tillegg (Haugen, 2008c). Komorbiditeten varierer med alderen, og generelt vil vanskene, i følge Zeiner (2004), vanligvis øke med barnets alder. Imidlertid viser flere studier på feltet at også barn i førskolealderen har andre lidelser i tillegg til ADHD. Ulike oppfølgingsstudier som er blitt utført viser at det ofte er tilleggslidelsene som bestemmer hvor godt individet fungerer i ungdoms- og voksenårene. Sharkey og Fitzgerald (2007) hevder at barn med ADHD viser ulike mønster av komorbiditet avhengig av når symptomene på den aktuelle lidelsen startet, der barn med tidlige symptomer på ADHD løper en større risiko for å utvikle Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), mens barn som viser de første symptomene på et senere tidspunkt enn ovennevnte gruppe står i fare for å utvikle depresjon.

I følge Sharkey og Fitzgerald er det vanlig at ADHD, Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og Atferdsforstyrrelse (CD) forekommer samtidig. Når det gjelder komorbiditeten mellom ADHD og internaliserende lidelser viser undersøkelser at 10-20 % av de med ADHD skårer

innenfor det kliniske området i forhold til depresjon (Zeiner, 2004), og ca. 20 % skårer innenfor det kliniske området i forhold til angst (Sharkey & Fitzgerald, 2007). I følge Zeiner (2004) vil ca. 25 % av barn med ADHD ha språkvansker i tillegg, og omtrent 50 % har motoriske vansker i form av klønethet og koordinasjonsproblemer. ADHD kan også eksistere sammen med andre nevrologiske lidelser som for eksempel Tourettes syndrom (Hinshaw, 2003).

I de tre følgende avsnittene vil jeg se nærmere på sosiale vansker, angst/depresjon og alvorlige atferdsproblemer som alle kan opptre sammen med ADHD. Området ADHD og alvorlige atferdsproblemer vil bli mest utdypet, da undersøkelsen som ble utført i forbindelse med dette masteroppgaveprosjektet var basert på et utvalg av barn som hadde både ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

### **2.6.1 ADHD og sosiale problemer**

Sosiale vansker opptrer så ofte sammen med ADHD at noen forskere har uttalt det som overraskende at de ikke er inkludert i diagnosekriteriene for lidelsen (Hoza, Waschbusch, Pelham et al., 2000). Barn som har ADHD har ofte sosiale ferdigheter som ligger etter det som er vanlig for alderen (Zeiner, 2004). Duvner (2004) hevder at det er barnets hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker som svekker dets mulighet til å utvikle den sosiale kompetansen. Den kortvarige konsentrasjonen gjør at det blir vanskelig å oppfatte sammenhenger, og forutse konsekvenser av sine egne handlinger. Problemer med delt oppmerksomhet, som slik nevnt er et karakteristisk trekk ved ADHD, fører til at barnet får problemer i samspill med andre. Barnet klarer ikke å lytte til andre samtidig som det skal holde fast ved egen tankegang, hvilket ofte fører til at barnet blir oppfattet som selvsentrert. Barnets hyperaktivitet og impulsivitet, som kommer til uttrykk gjennom et høyt motorisk tempo og impulsive handlinger, fører ofte til at andre rundt barnet blir slitne (ibid). Den sosiale umodenheten kommer også til uttrykk gjennom barnets mangelfulle evne til hemming av impulser, noe som fører til at barnet ikke klarer å vente på tur, og har vanskeligheter med å følge avtalte planer (Arnesen, 2006). I følge Zeiner (2004) ser det ut til at barn med ADHD har vansker med å lære seg sosiale spilleregler, og kan også falle utenfor på grunn av dette.

Barn med ADHD blir, i følge Hinshaw (1994), ofte avvist av jevnaldrende. Avvisning fra jevnaldrende er ofte ødeleggende for barnet, og kan føre til dårlig selvilde, lav selvtillit og en følelse av ensomhet (Silver, 2004). Noen barn og unge med denne lidelsen kan føle seg så ute av kontroll at de vil prøve å kontrollere sine omgivelser med å opptre bestemmende og krevende, noe som i sin tur fører til at de jevnaldrende avviser de i enda større grad enn tidligere. For andre kan denne ensomheten føre til frustrasjon og sinneutbrudd. I følge Mikami og Hinshaw (2003) er det vist en sammenheng mellom avvisning fra jevnaldrende og aggressiv atferd, depresjon og angst samt skolefaglige vansker. Som følge av at barnet med ADHD har få sosiale relasjoner med jevnaldrende vil den sosiale kompetansen ikke utvikles i like stor grad som den hadde gjort om barnet hadde hatt mange sosiale relasjoner. Dette øker sannsynligheten for at barnet føres inn i en ond sirkel, hvor svekkende sosial kompetanse fører til avvisning fra jevnaldrende, som igjen er den arenaen hvor denne kompetansen utvikles (Frønes, 2000).

## **2.6.2 ADHD og angst/depresjon**

Forskning har vist at ADHD er fra moderat til høyt relatert til både eksternaliserende og internaliserende lidelser (Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey & Wolff, 2008). I følge Ollendick og medarbeidere har de fleste studier sett på komorbiditeten mellom ADHD og eksternaliserende lidelser, og fokusert mindre på ADHD og internaliserende lidelser. Kun i de siste to tiårene har det blitt tydelig at internaliserende lidelser også forekommer ofte sammen med ADHD (Jensen, Hinshaw, Kraemer, Lenora, Newcorn, Abikoff et al., 2001). I følge Taylor og Sonuga – Barke (2009) vil ca. 25 % av barn som har ADHD i tillegg vise en form for angst. Lignende funn finner en hos Sharkey og Fitzgerald (2007) som antyder at omtrent 20 % vil i tillegg oppfylle kriteriene for en angstlidelse. I henhold til ICD – 10 vil den aktuelle angstlidelsen, som nevnt, utgjøre barnets diagnose. Diagnosen Hyperkinestetisk lidelse vil dermed ekskluderes. Den samme angstlidelsen vil, i henhold til DSM – IV, utgjøre en tilleggsvanske til ADHD - diagnosen, hvis ikke barnets symptomer kan forklares bedre ut fra den aktuelle angstlidelsen. Selv om fagfolk i Norge skal følge ICD – 10 sine retningslinjer vil barnet med ADHD og angst mest sannsynlig ikke ”miste” sin ADHD – diagnose i praksis.

En doktorgradsavhandling utført av Sørensen (2009) ved Universitet i Bergen viste at kombinasjonen ADHD og angst gir en betydelig dårligere prognose, når det gjelder sosial omgang og løsning av krevende oppgaver, sammenlignet med om barnet har ADHD alene. I følge Sørensen har disse barna nedsatt evne til å bearbeide kompleks informasjon, og til å tenke fleksibelt. Videre viste resultatene i studien at denne gruppen hadde større vansker med å hemme impulsene sine og med å opptre fleksibelt samt å regulere de emosjonelle uttrykkene sine sammenlignet med barn som hadde kun ADHD.

Når det gjelder kombinasjonen ADHD og depresjon hevder Barkley (2006) at barn som har ADHD løper en gjennomsnittlig risiko på 25-30 % for at de også vil utvikle depresjon. Et noe lavere tall finner en hos Tannock og Brown (2000) som mener at ca. 15 % av barna med ADHD også vil slite med en depressiv lidelse. Duvner (2004) antyder at de grunnleggende problemene med å regulere intensiteten i følelser og følelsesutspill, som er nært knyttet til barnets impulsivitet, trolig også fremmer en tendens til lettere å utvikle depresjoner. Barnet med denne lidelsen møter daglig vansker og opplever stadig å mislykkes, noe som kan føre til lav selvfølelse og en følelse av håpløshet overfor framtiden. Videre blir barnet ofte, som nevnt, avvist av jevnaldrende, og barnets konsentrasjonsvansker gjør at det har vanskeligheter med å følge med i timene. Når barnet opplever å mislykkes på begge arenaer, som kan tolkes som viktige for barnet, er det ikke vanskelig å forstå at det kan utvikle lav selvfølelse og etter hvert depresjon. Depresjon hos barn med ADHD kan dermed antas å være forårsaket av deres problemer med emosjonsregulering, men også av deres samspill med omgivelsene. I følge Barkley (2006) vil en stor del av barn med ADHD og symptomer på depresjon også oppfylle kriteriene for Opposisjonell atferdsforstyrrelse og/eller Atferdsforstyrrelse. Depresjon er også sterkt relatert til angst. Dette kan, i følge Barkley, medføre til at tilstedeværelsen av ODD, CD og/eller angst er det som knytter ADHD og depresjon sammen.

### **2.6.3 ADHD og alvorlige atferdsproblemer**

”Det er bred enighet blant forskere som studerer barn med ADHD at disse barna viser en større grad av vansker med opposisjonell og ulydig atferd, aggressivitet og til og med antisosial atferd sammenlignet med barn uten ADHD” (Barkley, 2006:190). I følge Hinshaw (1994) vil 30 – 50 % av barn og unge med ADHD også oppfylle kriteriene for Opposisjonell

atferdsforstyrrelse (ODD) og/eller Atferdsforstyrrelse (CD). En langt høyere prosentandel finner en hos Barkley og Biederman (1997), som hevder at så mange som mellom 45 og 84 % av de med en ADHD – diagnose enten har ODD eller både ODD og CD i tillegg. Denne kombinasjonen av lidelser må altså regnes som svært vanlig. Hvis en går ut fra at ca. 4 % av norske barn under 18 år har ADHD (*AD/HD - faktaark*, 2009), og at ca. 50 % av disse har alvorlige atferdsproblemer i tillegg, vil det dreie seg om ca. 22 000 barn her i landet.

I ICD – 10 defineres Atferdsforstyrrelse som ”gjentatt og vedvarende antisosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:356). Noen kriterier som diagnosen baseres på er uttalt slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulk eller rømming. Denne atferden skal være til stede i mer enn 6 måneder, da samme atferd i en mer begrenset periode omtales som Tilpasningsforstyrrelser i henhold til ICD – 10 (ibid). De diagnostiske kriteriene for Atferdsforstyrrelse i DSM – IV er meget like de en finner i ICD – 10, men den førstnevnte diagnosemanualen skiller ikke mellom sosialisert og usosialisert form slik den sistnevnte gjør. I DSM – IV er lidelsen delt opp i to undergrupper: Atferdsforstyrrelse som starter i barndomsårene og Atferdsforstyrrelse som starter i ungdomsårene (American Psychiatric Association, 2000). I henhold til DSM – IV er Opposisjonell atferdsforstyrrelse og Atferdsforstyrrelse to ulike lidelser (ibid), mens Opposisjonell atferdsforstyrrelse er en underkategori til Atferdsforstyrrelse i ICD – 10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Mange barn med ADHD utvikler, i følge Zeiner (2004), Opposisjonell atferdsforstyrrelse allerede i førskolealder. De essensielle kjennetegnene ved ODD er et mønster av vedvarende negativ, fiendtlig, trassig, provoserende og forstyrrende atferd. Det er et krav om at atferden til barnet blir oppfattet som upassende i forhold til alder og utviklingsnivå samt til sosiokulturell kontekst. Videre må barnets handlinger ikke inkludere atferd som er spesifikk for Atferdsforstyrrelse. Barn med ODD har en tendens til å ofte og aktivt trosse voksnes anmodninger eller regler og bevisst irritere andre. Videre er disse barna ofte sinte og blir ofte lett irritert av andre mennesker, som de mener har skylden for deres egne feil og problemer. Denne lidelsen er vanlig hos barn under 10 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Det finnes, i følge Barkley (2006), flere forklaringer til hvorfor ADHD ofte opptrer sammen



med de to ovennevnte lidelsene. En forklaring er at ADHD er en utviklingsmessig forløper til Opposisjonell atferdsforstyrrelse og Atferdsforstyrrelse. Burns og Walsh (2002) hevder at hyperaktiv og impulsiv atferd predikerer senere symptomer av ODD. Det ser dermed ut til at ADHD forårsaker eller i hvert fall bidrar til risikoen for å utvikle Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Taylor og Sonuga – Barke (2009) støtter seg også til denne hypotesen, da de mener at barn som har både ADHD og ODD generelt viser hyperaktive symptomer først og deretter opposisjonell trass, slik at hyperaktiviteten utgjør en risikofaktor for senere atferdslidelser. Lignende resonnement finner en også hos Kolko og Pardini (2010) som i sin studie fant at barn med ADHD viste en økt risiko for å utvikle ODD sammenlignet med barn uten ADHD, der denne risikoen var relatert til barnas hyperaktive og impulsive symptomer. Imidlertid fant Kolko og Pardini at barnas ADHD - diagnose ikke var relatert til en fremtidig CD – diagnose. Smith (2004) hevder at det er en forskjell mellom gutter og jenter i forhold til dette, der gutter som viser mye trassatferd i barndomsårene løper en større risiko for å utvikle senere atferdsforstyrrelser, uavhengig av om de er hyperaktive eller ikke, mens det derimot hos jenter synes å være både opposisjonell trass og hyperaktivitet som er utviklingsmessige forløpere for senere atferdsforstyrrelser.

En annen forklaring til at ADHD og alvorlige atferdsproblemer forekommer så ofte sammen er at ADHD og CD er uttrykk av den samme underliggende lidelsen (Barkley, 2006). Resultater fra Waschbusch (2002) sin meta – analyse kan brukes til å underbygge den ovennevnte hypotesen, da analysen blant annet viste at forekomsten av ADHD og CD var langt høyere enn det en kunne forvente fra bare overlappingen av to separate lidelser. Videre viser gruppen med både ADHD og CD flere alvorlige symptomer av begge lidelsene, og generelt større problemer med sosial fungering, enn det en kan se hos de som enten har ADHD eller CD. Avslutningsvis ser det ut til at vanskene for barn med kombinasjonen ADHD og Atferdsforstyrrelse starter tidligere, særlig atferdsproblemene, sammenlignet med de som kun har en av lidelsene.

Uavhengig av om ADHD og Atferdsforstyrrelse er to lidelser som opptrer sammen eller om de egentlig er manifestasjoner av en felles underliggende lidelse, kan barn som oppfyller kriteriene for begge forventes å oppleve flere vansker på ulike arenaer sammenlignet med de som kun har ADHD (Moffitt & Scott, 2009). I følge Angold, Costello og Erkanli (1999) er det vist at disse barna har flere konfliktfylte interaksjoner med sine foreldre, opplever flere

problemer med jevnaldrende, og har større skolefaglige vansker. Mc Ardle (2007) framhever at Atferdsforstyrrelse som starter i barndommen, ADHD og Opposisjonell atferdsforstyrrelse alle deler felles nevrologiske sårbarheter når det gjelder læring, språk, sosial utvikling og evnen til å se konsekvenser. Videre er barn med ADHD og Atferdsforstyrrelse mer utsatt for å utvikle antisosial atferd tidlig i livet. De er også mer utsatt for å utvikle rusmisbruk enn barn som kun har ADHD (Barkley, 2006). I følge Barkley er det generelt et dårligere utfall for denne gruppen av barn sammenlignet med barn som har ADHD alene. Forskning utført av Moffitt, Caspi, Harrington og Milne (2002) viser at de som har ADHD i tillegg til Atferdsforstyrrelse som startet i barndomsårene ofte opplever store problemer i voksen alder i form av svekket mental helse, rusmisbruk, arbeidsrelaterte vansker og problemer med familielivet. Kazdin (2001) hevder at over 80 % av disse barna vil få en psykiatrisk lidelse som voksen. I tillegg kan vanskene som starter i barndommen føre til en økt risiko for selvmord i voksen alder (Mc Ardle, 2007).

Hvordan utvikler så barnet atferdsforstyrrelser? Duvner (2004) mener at barnets alvorlige atferdsproblemer har vokst fram som et resultat av barnets medfødte personlighetstrekk og eventuelle funksjonsforstyrrelser, samt barnets erfaringer med omgivelsene (der det sistnevnte vil inkludere trekk ved foreldrene og en rekke miljøhendelser). Noen hendelser vil være felles for søsken og andre ikke. Når noen miljøhendelser ikke deles av alle søsken i en familie beror dette, i følge Smith (2004), på at omsorgen foreldrene utøver overfor barna er et svar på det enkelte barnets atferdsegenskaper og utviklingsnivå. Når det gjelder trekk ved barnet vil, i følge Zeiner (2004), den impulsive væremåten hos barn med ADHD medføre at barnet ofte vil reagere uten å tenke seg om. Dette vil være mest synlig i situasjoner der det stilles krav fra omgivelsene, og barnet kan da lett svare med sinneutbrudd og protester. I tillegg vil barnets konsentrasjonsvansker kunne gi vanskeligheter med å organisere og planlegge aktiviteter, noe som også vil kunne føre til irritabilitet og protester. Atferd med protester, irritabilitet og sinneutbrudd vil etter hvert "leve sitt eget liv", og det er disse vanskene som er mest merkbare for både barnet og omgivelsene, og følgelig disse som foreldrene vil respondere på. En studie utført av Jenkins, Rasbash og Connor (2003) viste at barn som ble betraktet som mer emosjonelt negative fremkalte flere negative foreldrerresponsen sammenlignet med barn som ble sett på som mindre emosjonelt negative. Dette funnet var også gjeldende for barn i samme familie.

Når det gjelder faktorer ved foreldrene er det, i følge Kazdin (2001), vist at rusmisbruk og/eller psykiatrisk lidelse hos en eller begge foreldrene vil øke risikoen for utvikling av atferdsforstyrrelser hos barnet. Videre vil aggressive konflikter mellom foreldrene øke risikoen for utvikling av atferdsforstyrrelser hos barnet (ibid). I tillegg er depresjon hos en av foreldrene assosiert med økt risiko for atferdsproblemer hos barn i skolealder (Jenkins, 2009). En studie utført av Podolski og Nigg (2001) viste at foreldre til barn med ADHD opplevde mer stress i forbindelse med barneoppdragelse og var mindre fornøyd med deres foreldrerolle sammenlignet med foreldre som hadde barn uten slike vansker. Dette kan føre til mindre kjærlighet og emosjonell støtte fra foreldrene, noe som igjen vil kunne fungere som risikofaktorer. I tillegg vil vanskelige økonomiske forhold, arbeidsledighet og andre sosiale problemer kunne øke risikoen for atferdsforstyrrelser (Zeiner, 2004). Omfattende forskning har vist at mange interaksjoner mellom foreldre og barn i hjemmet utilsiktet opprettholder eller øker barnets aggressive atferd (Kazdin, 2001). I følge Moffitt og Scott (2009) finnes det betydelig empirisk støtte for at den vanskelige atferden til barnet fremkaller negativitet hos foreldrene.

Barn og unge som har både ADHD og alvorlige atferdsproblemer utgjør, som nevnt, ca. 40 % av alle henvisninger til hjelpeapparatet i Norge per år (Haugen, 2008c). Dermed er det et stort behov for intervensjoner som fungerer effektivt. I følge Moffitt og Scott (2009) vil det å forbedre foreldrenes oppdragelsesferdigheter være nyttig, da en rekke studier har vist at familiefaktorer er sterkt knyttet til antisosial atferd hos barnet. Selv i tilfeller der det ser ut til at den antisosiale atferden har oppstått uten ugunstige risikofaktorer i familien, kan det å leve med et barn med alvorlige atferdsproblemer føre til en uheldig oppdragelsesstil hos foreldrene, som i sin tur kan forverre barnets problemer (O'Connor, Deater-Deckard, Fulker, Rutter & Plomin, 1998).

Familieintervensjoner kan, i følge Moffitt og Scott (2009), deles inn i to hovedtyper: de som har sitt opphav i systemteori og som dermed har en tendens til å ha et litt bredere fokus, og de som har sitt opphav i sosial læringsteori og som tenderer til å fokusere spesifikt på å undervise foreldrene i hvordan de kan forbedre ”her – og - nå” – interaksjoner med barna. Den førstnevnte hovedtypen involverer vanligvis alle familiemedlemmene, og målene innenfor de ulike terapiene varierer i forhold til hvilken teori som terapien er basert på. Noen terapier prøver å gjenopprette foreldrenes autoritet overfor barnet, da antisosiale barn ofte blir de som

dominerer i familien. Andre prøver å finne faktorer, utenfor og innenfor familien, som påvirker familiesystemet på en negativ måte. Foreldretreningsprogrammer, som representerer den andre hovedtypen av familieintervensjoner, fokuserer både på å forbedre foreldrenes oppdragelsesferdigheter og kvaliteten på relasjonen mellom foreldrene og barnet. De fleste programmene bruker ros og negative konsekvenser for å øke ønsket atferd hos barnet. Noen eksempler på foreldretreningsprogrammer er Parent Child Interaction Therapy (PCIT) og Parent Management Training – Oregon - Model (PMTO) (Moffitt & Scott, 2009). I følge Weisz, Hawley og Doss (2004) er foreldretrening den intervensjonsform som er blitt mest studert i forbindelse med alvorlige atferdsproblemer hos barnet, og det er betydelig empirisk støtte for dens effektivitet.

Trening i kognitive problemløsningsferdigheter og kognitiv atferdsterapi er to andre intervensjonsformer som kan brukes for å prøve å hjelpe barn med alvorlige atferdsproblemer (Kazdin, 2001; Moffitt & Scott, 2009). I følge Kazdin (2001) viser barn med atferdsproblemer ofte forvrengninger i ulike kognitive prosesser, for eksempel i forhold til hvordan de oppfatter verden, noe som reflekteres gjennom tanker, attribusjoner og opplevelser.

Problemløsningsterapi hjelper blant annet barnet med å utvikle ferdigheter, slik at det kan mestre situasjoner med andre mennesker og lære seg å identifisere prososiale løsninger samt se alternative konsekvenser til handlinger (Kazdin, 2001). Moffitt og Scott (2009) antyder at de fleste programmene innenfor kognitiv atferdsterapi har som mål å redusere barnets aggressive atferd, øke prososiale interaksjoner, korrigere kognitive forvrengninger og forbedre den emosjonelle reguleringen hos barnet. Forskning vedrørende effektiviteten av disse to intervensjonsformene er, i følge Moffitt og Scott, begrenset, men noen få randomiserte studier har vist signifikant reduksjon i avvikende atferd og økning i prososial atferd for de som har mottatt Problem Solving Skills Training (PSST) sammenlignet med de som har mottatt en klient- sentrert, relasjonsbasert behandling (Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989). Det bør tillegges at da det ble lagt til en foreldretreningskomponent til PSST førte dette til forbedrete resultater hos barnet (ibid).

Når det gjelder intervensjoner som kan iverksettes på skolen er en effektiv tilnærming, i følge Moffitt og Scott (2009), å fokusere på gruppeintervensjoner, der læreren fokuserer på positiv atferd og gir milde, negative konsekvenser ved uønsket atferd. Læreren kan, sammen med elevene, sette opp noen regler som barna skal følge i klasserommet, og samtidig forklare hva

barna kan forvente hvis de velger å følge reglene respektive bryte de. Skolen bør også hjelpe foreldrene med å engasjere seg i barnets skolearbeid.

## OPPSUMMERING

Vi har sett at Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en nevropsykiatrisk lidelse kjennetegnet ved hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker. I Norge brukes diagnosesystemet ICD - 10, der denne tilstanden blir omtalt som Hyperkinestetisk lidelse. Imidlertid blir den aktuelle lidelsen omtalt som ADHD i praksis, da mye forskning som er blitt utført er basert på den sistnevnte diagnosen, noe som norske forskere kan støtte seg på. Studier har vist at barn med ADHD viser størst problemer når det gjelder å opprettholde konsentrasjonen over en lengre periode, men de kan også ha vanskeligheter med delt oppmerksomhet. Et sentralt problem hos de med ADHD er manglende impulskontroll, som ofte fører til at barnet handler uten å tenke seg om. Hyperaktivitet er ofte hovedproblemet i tidlig barnealder, mens det blir mindre framtreddende jo eldre individet blir. Nasjonale funn viser en forekomst på 3-5 %. Befolkningsundersøkelser har vist at det er tre til fire ganger flere gutter enn jenter som viser symptomer på ADHD.

ADHD er en kompleks lidelse, der ulike typer av risikofaktorer virker sammen. Disse risikofaktorene er av genetisk, biologisk, miljømessig og psykososial art. Forskningsfunn viser at arvelighet er hovedårsaken til at barnet får ADHD, men at psykososiale faktorer kan styre barnets utvikling i enten positiv eller negativ retning. Over halvparten av de med ADHD har andre vansker i tillegg, der oppfølgingsstudier viser at det ofte er tilleggsvanskene som bestemmer hvor godt individet fungerer i ungdoms- og voksenårene. Lidelsen forekommer ofte samtidig med Opposisjonell atferdsforstyrrelse og Atferdsforstyrrelse. Barn som oppfyller kriteriene for både ADHD og enten ODD eller CD kan forventes å oppleve flere vansker på ulike arenaer sammenlignet med de som kun har ADHD. Forskning har vist at barnets atferdsproblemer har vokst fram som et resultat av barnets medfødte personlighetstrekk og eventuelle funksjonsforstyrrelser samt barnets erfaringer med omgivelsene. Når det gjelder tiltak for denne gruppen av barn framheves foreldretreningsprogrammer, slik som Parent Management Training – Oregon, som en effektiv intervensjonsform.

# **3. PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON - MODELLEN**

## **3.1 Det teoretiske grunnlaget for programmet - Pattersons sosial - interaksjonistiske læringsteori**

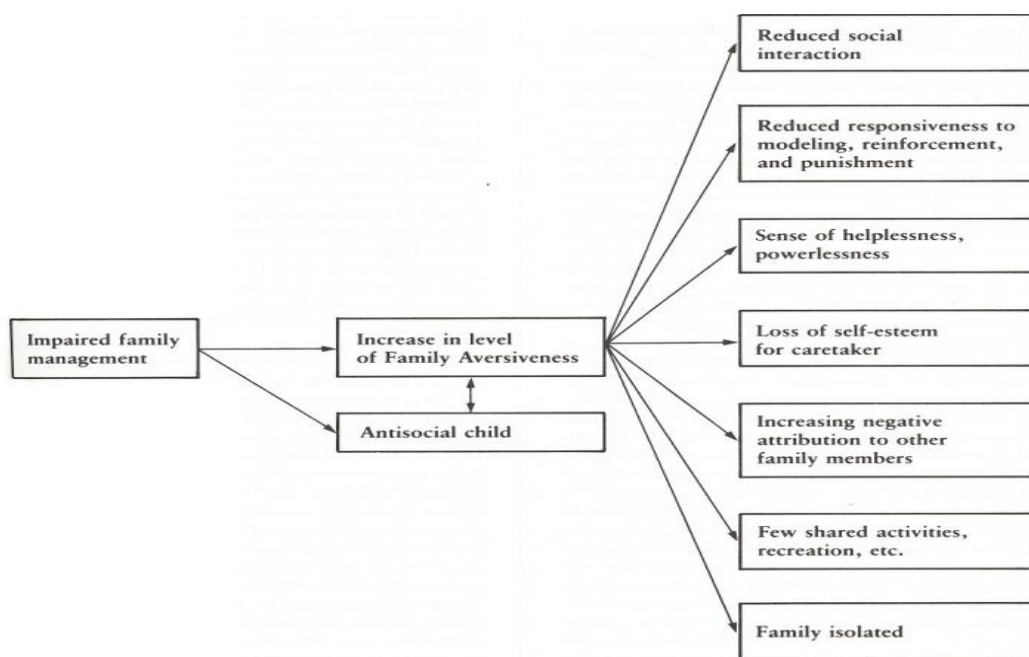
Patterson sin sosial - interaksjonistiske læringsteori er i utgangspunktet basert på to teoretiske retninger: sosial interaksjonsteori og sosial læringsteori (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Begge de teoretiske retningene fokuserer på den påvirkning som det sosiale miljøet har på et individs helhetlige tilpasning (ibid). Fra en sosial - interaksjonistisk synsvinkel vil barnets grad av antisosial atferd primært påvirkes av de omgivelsene barnet befinner seg i, og kun sekundært av trekk ved barnet (Patterson, 1982). I henhold til denne teorien lærer barnet sin antisosiale atferd gjennom utallige samspillsekvenser med øvrige familiemedlemmer (Patterson, 1986). Den sosiale læringsteorien omfatter hvordan atferdsmønstre etableres, og opprettholdes gjennom forsterkningsbetingelser. Barnet lærer seg strategier for hvordan det blant annet skal takle følelser og løse problemer ikke bare fra erfaringer de gjør seg, men også fra hvordan dets egne reaksjoner blir mottatt av andre. Barnets primære kilde til disse erfaringene er relasjonen mellom det selv og sine foreldre (Scott, 2009). Dermed kan disse to teorier oppfattes som svært like, da de begge vektlegger barnets læring gjennom samspill med først og fremst foreldrene. I følge Johnston og Jassy (2007) støtter mesteparten av all forskning, per i dag, et sosial - læringsteoretisk syn på hvordan barn tilegner seg alvorlige atferdsproblemer.

Patterson (1982) hevder at en tidligere så på antisosial atferd som noe som fantes inni barnet, og at tiltak som ble iverksatt den gangen kun fokuserte på barnet. I følge Patterson er en slik tenkning uheldig, da han mener at problemet ligger i familien, og at en må prøve å endre både familiemedlemmenes reaksjoner mot barnet og barnets reaksjoner mot de øvrige i familien. Patterson er av den oppfatning at hvis en prøver å behandle barnet alene vil de etablerte mønstrene av samspill, forventninger og følelser raskt føre barnet tilbake til de gamle rutinene. Aggresjon er, i følge Patterson (1986), et stabilt trekk ved barnet, og en kan ikke forvente at barnet vil vokse det fra seg. Det er derfor viktig at foreldrene lærer barnet prososiale alternativer til denne atferden, noe som kan være meget utfordrende da barnet ofte

har et vanskelig temperament. Samtidig er det viktig at foreldrene følger opp og slår ned på barnets antisosiale oppførsel (Patterson, 1986). Patterson (1982) framhever at for barn som er i risikozonen vil gode foreldreferdigheter fungere som moderatorer, som vil veie opp for eventuelle risikofaktorer som finnes hos og rundt barnet.

I følge Patterson antas uegnede foreldreferdigheter å være den viktigste medierende faktoren for antisosial atferd hos barnet. Den uheldige oppdragelsesstilen hos foreldrene fører til at barnet i større grad utviser atferd dominert av trass og ulydighet. Dette kan føre til et samspillmønster der foreldrene og barnet bruker makt overfor hverandre i et forsøk på å styre hverandre. Mange foreldre gir opp etter mange resultatløse konflikter med barnet, hvilket fører til at barnet raskt lærer seg at foreldrene vil trekke seg tilbake, dersom de blir utsatt for kraftige motangrep. Samspillet mellom foreldre og barn vil preges av hyppige konflikter, og etter hvert vil familiemedlemmene begynne å unngå hverandre. En studie utført av Patterson, Reid og Dishion (1992) viste at i familier med antisosiale barn førte 10 – 15 % av alle interaksjoner mellom foreldre og barn til unngivelse.

Etter hvert blir familiemedlemmene mindre mottakelige for positive kommentarer fra de andre i familien, og det blir mer sannsynlig at de oppfatter utsagn fra de andre som negative (Patterson, 1982). I følge Patterson fører dette til en økt sannsynlighet for uprovoserte angrep fra foreldrene eller barnet, noe som igjen øker usikkerheten i samspillet mellom dem. Patterson hevder at effekten av disse ovennevnte endringene blir reflektert i redusert tro på egen oppdragelseskompetanse hos foreldrene. Det konfliktpregede samspillet fortsetter, og nye kriser oppstår underveis. Til slutt består interaksjonen mellom familiemedlemmene kun av fastlåste og tvingende samspill. Patterson benevner dette som ”coercive family process”. I følge Patterson vil det enkelte familiemedlemmet oppfatte sine intensjoner som gode og de andre sine som dårlige, noe som medvirker til at de negative samspillene opprettholdes.



Figur 1. Utfall ved ”fastlåste og tvingende samspill” (Patterson, 1982).

Et eksempel på en vanlig interaksjon mellom en mor med uegnede foreldreferdigheter og et barn med antisosial atferd kan være følgende: mor sier til barnet at det må rydde rommet sitt, hvorav barnet svarer med å skrike, noe som i sin tur fører til at mor trekker seg tilbake. Moren gir altså opp og føler seg sannsynligvis hjelpsløs, samtidig som barnet vinner striden. Det at mor trekker seg tilbake vil, i følge Patterson (1982), fungere som en forsterker for barnets atferd, slik at neste gang mor sier til barnet at det skal rydde rommet sitt vet barnet at mor vil trekke seg tilbake hvis det begynner å skrike. I følge Patterson (1986) kan slike tre – trinns interaksjoner (angrep – motangrep – positivt utfall) forekomme opptil et hundretalls ganger hver dag, og barnet vil bli flinkere til å bruke ulike teknikker for å oppnå det barnet vil ha/unngå det barnet ikke vil gjøre (Patterson, 1982).

Når barnet har nådd skolealder vil det som oftest vite hvor og når denne atferden er vellykket. I takt med at barnet modnes kan disse teknikkene endres gjennom at barnet for eksempel bytter ut skrikingen med sarkasme, men barnet vil, i følge Patterson, fortsette å benytte seg av en slik atferd. Forgatch et al. (2004) hevder at fra barnet er ca. 18 måneder til tolv år, vil forsterkning utført av familiemedlemmer være assosiert med en ”åpen” form av antisosial atferd hos barnet. Forsterkningen vil bidra til at den uheldige atferden utvikles videre, og endringer i foreldres atferd må til for å stoppe utviklingen. Det at foreldrene ikke følger opp barnet sitt betyr også at barnet ikke vil motta negative konsekvenser for sin antisosiale

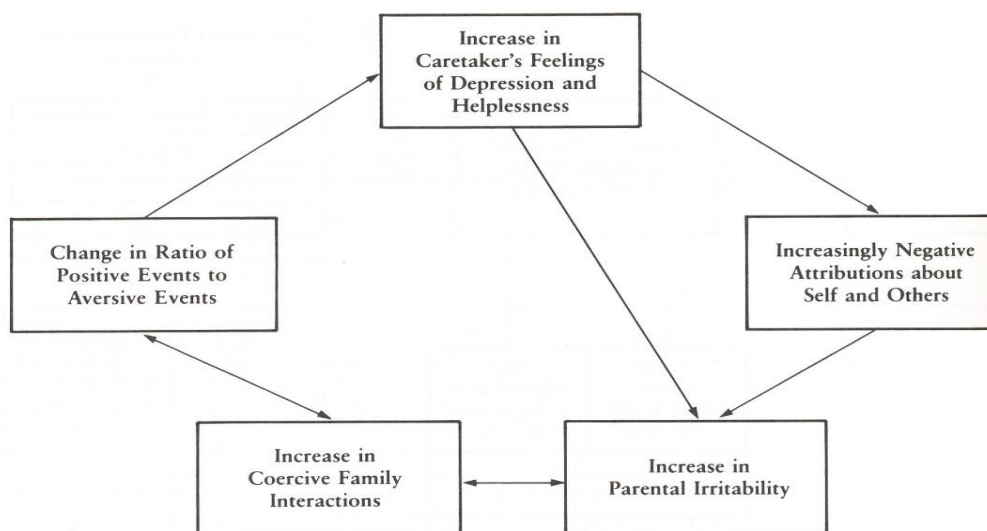


oppførsel, noe som i sin tur vil føre til at den uheldige atferden eskalerer ytterligere (Patterson, 1982). Når foreldrene prøver å bruke negative konsekvenser, mislykkes de ofte. I følge Patterson er aleneforeldre i større risiko for å være inkonsekvent når det kommer til å gi barnet negative konsekvenser ved alvorlig problematferd. Patterson forklarer at dette kommer av at forelderen ikke har en annen voksen som kan støtte vedkommende, og som kan dele ansvaret overfor barnet og eventuelle søsken. Han hevder videre at i familier med kun én forelder til stede er det større sjanse for at barnet har en mer alvorlig grad av antisosial atferd sammenlignet med barn med samme atferd, men som bor sammen med begge foreldrene.

I følge Patterson (1982) er det særlig tre kjennetegn ved foreldrene til barn med alvorlige atferdsproblemer: for det første så truer og kjefter denne gruppen av foreldre ofte, men de følger sjelden opp truslene. Patterson er av den oppfatning at effektiv konfrontasjon består av både å stoppe atferden ”her – og - nå”, men også av å prøve å redusere sannsynligheten for at det skjer igjen. Når foreldrene først konfronterer barnet så gjør de, i følge Patterson, dette i sinne fremfor å velge en mer passende respons. Patterson antyder videre at et ekstremt sinne kan resultere i at forelderen slår barnet, hvilket kan føre til en kortsiktig forbedring, men at barnet likevel vil fortsette å vise den samme oppførselen ved en senere anledning. Dette resulterer i at store deler av den antisosiale atferden ikke vil få noen negative konsekvenser. I tillegg vil barnet lære seg at det å slå andre er helt greit. Det andre kjennetegnet er at disse foreldrene oppfatter nesten all atferd ved barnet som irriterende, mens foreldre med gode ferdigheter noen ganger kan overse barnets antisosiale atferd, og gjennom dette redusere den uheldige atferden. Det tredje kjennetegnet er foreldrenes jevnlige bruk av kommandoer. Da disse foreldrene ofte er irriterte og sinte kan en forespørsel raskt bli til en kommando, der disse kommandoene, i følge Patterson, ofte blir etterfulgt av kommentarer om barnets dårlige oppførsel, for eksempel fra dagen før. Dette kan, sammen med de andre ovennevnte faktorene, medvirke til at barnets antisosiale atferd øker.

Hva er det da som er årsaken til at disse foreldrene innehar uegnede foreldreferdigheter? I følge Patterson viser klinisk erfaring at mange av disse foreldrene ikke har hatt gode rollemodeller under sin oppvekst. Patterson (1986) antyder at den uheldige foreldrepraksisen har en tendens til å bli lært videre fra én generasjon til en annen. For å underbygge denne hypotesen viste en studie utført av Elder, Caspi og Downey (1983) at uheldige foreldreferdigheter hos besteforeldre korrelerte med antisosial atferd både hos foreldrene og barnebarnet. En annen gruppe av foreldre besitter gode foreldreferdigheter, men bruker de ikke (Patterson, 1982). En tredje foreldregruppe er så

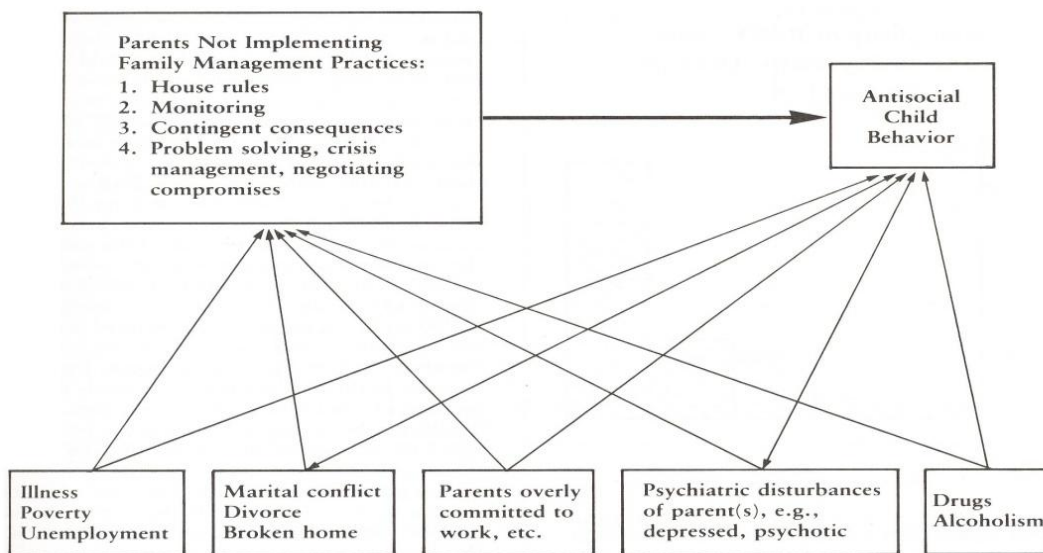
overveldet av kriser at de ikke har nok ressurser til å ta ferdighetene i bruk (Patterson, 1982). Krisene kan være innad i familien, slik som sykdom, arbeidsledighet og/eller depresjon hos en eller begge foreldrene, eller det kan være kriser utenfor familien som påvirker familiemedlemmene. I følge Patterson (1982) er det vanskelig å vite hva som er årsak, og hva som er virkning når det gjelder depresjon hos en eller begge foreldrene og alvorlig problematferd hos barnet. Patterson er av den oppfatning at en lengre periode med fastlåste og tvingende samspill i familien plasserer familiemedlemmene i risikozonen for å utvikle depresjon. Depresjon hos forelderens (ofte mor) fører, i følge Patterson, til flere negative tanker om seg selv og andre, som i sin tur leder til økt irritabilitet hos vedkommende. Den økte irritabiliteten leder til en økt bruk av makt og trusler i samspillet mellom foreldre og barn, som i sin tur fører til færre positive og flere negative hendelser, hvilket igjen får betydning for forelderens depresjon. En studie utført av Weissman og Paykel (1974) viste at da mødre var deprimerte begynte de å tillegge andre familiemedlemmer negative attribusjoner, som i sin tur førte til at de oppfattet barna som mer ulydige og trassige, enn de var i virkeligheten.



Figur 2. Faktorer som viser hvordan omsorgsgiverens depresjon påvirker og blir påvirket av familieinteraksjonene (Patterson, 1982).

I følge Patterson (1982) er konfliktnivået mellom foreldrene høyere hos familier med barn med alvorlige atferdsproblemer sammenlignet med foreldre i andre familier. En rekke studier utført av Oltmanns, Broderick og O' Leary (1977) viste at foreldre til barn med alvorlig problematferd generelt var mindre fornøyd med deres ekteskap sammenlignet med foreldre til barn uten denne

atferden. Patterson (1982) hevder at det høye konfliktnivået er relatert til manglende problemløsningsferdigheter hos foreldrene. De svekkede ferdighetene innenfor dette området er i tillegg knyttet til en høyere frekvens av eksterne kriser som påvirker familien, slik som gjeld, arbeidsledighet og konflikter på jobben. Disse familiene har, i følge Patterson, ofte en lang historie med uendelig mange mislykkede forsøk på å løse problemer som oppstår, og de har ofte en tendens til å oppfatte kriser i familien som bestemt av skjebnen. Patterson antyder at selv når en diskusjon resulterer i en avtale i familien, vil endringene enten være midlertidige eller de vil rett og slett aldri forekomme.



Figur 3. Relasjonen mellom oppdragsferdigheter hos foreldrene, kriser og antisosial atferd hos barnet, etter Patterson (1982).

Uegnede foreldreferdigheter vil, som nevnt, påvirke barnets antisosiale atferd i en negativ retning, men atferden til barnet er, i følge Patterson (1982), samtidig den faktoren som bidrar mest til å lokke frem og opprettholde foreldrenes maktatferd. Patterson hevder at barnets antisosiale atferd ofte fører til konflikter mellom foreldrene, noe som fører til at foreldrene viser uegnede foreldreferdigheter. Dette vil igjen øke den antisosiale atferden hos barnet, og familien har dermed havnet i en vond sirkel som det er vanskelig å ta seg ut av. Barnet og foreldrene påvirker altså hverandre gjensidig, der barnets antisosiale atferd påvirker foreldrene på en negativ måte, og der foreldrenes uegnede foreldreferdigheter påvirker barnets atferd i en tilsvarende negativ retning.

Gjensidighet kan oppfattes som et viktig nøkkelbegrep i Pattersons teori. Han mener at begrepet gjensidighet ikke nødvendigvis betyr at to individer reagerer på samme måte samtidig, men at det mer dreier seg om at person A, under en avgrenset periode, viser samme atferd X omtrent like ofte som person B (Patterson, 1982). Det er, i følge Patterson, et signifikant kjennetegn ved medlemmer i familier med barn med alvorlig problematferd, at når de først har begynt å reagere på en irritabel måte så har de en tendens til å fortsette med dette.

Foreldre til barn med alvorlig problematferd er, som nevnt, ikke flinke til å følge opp barna sine eller å gi dem negative konsekvenser. Samtidig er de, i følge Patterson, heller ikke flinke til å gi barna sine ros for prososial atferd. Patterson er av den oppfatning at foreldrene overser den prososiale atferden i samme grad som de overser den antisosiale atferden. Han forklarer dette med at foreldrene sannsynligvis ikke har tro på at barnets atferd kan endres gjennom bruk av positive forsterkere, da de kanskje har prøvd dette et flertall ganger og funnet ut at det ikke virker.

Hvordan kan så barnets antisosiale atferd stoppes? I følge Patterson (1982) må det sosiale miljøet rundt barnet endres, der foreldrene må forvente å ha den største rollen i denne endringsprosessen. Patterson understreker at det kun er foreldrene som kan stoppe denne uheldige atferden, og for at de skal lykkes med dette trenger de å tilegne seg gode foreldreferdigheter. Foreldrene må lære seg hvordan de skal være effektive omsorgsgivere, og på den måten kan troen på egne ferdigheter som foreldre økes. Dette kan føre til at unnvikelsen mellom familiemedlemmene kan stoppes, noe som igjen kan være med på å redusere barnets antisosiale atferd. Patterson mener at foreldrene også har behov for å lære seg de ferdigheter som trengs for å kunne modellere prososial atferd, og for å kunne gi barnet positive forsterkere, slik at det kan lære prososial atferd. Dermed tar foreldreintervensjonen Parent Management Training – Oregon (PMTO) blant annet sikte på å lære foreldrene hvordan de skal bruke effektive negative konsekvenser overfor barnet sitt og hvordan de kan gi barnet ros.

## **3.2 Sentrale områder innenfor PMTO – hvordan styrke foreldreferdighetene?**

Den foreldreorienterte intervensjonsmetoden Parent Management Training – Oregon – modellen (PMTO) ble, i følge Forgatch og medarbeidere (2004), utviklet som følge av tretti år med teori,

forskning og praktiske tilnærminger. PMTO omfatter verktøy som kan styrke foreldreferdighetene og være med på å stoppe utviklingen av fastlåste og tvingende samspill mellom familiemedlemmene, noe som i sin tur kan hindre at barnets antisosiale atferd eskalerer (Forgatch et al., 2004). Metoden er beregnet for barn fra fire til tolv år (Haugen, 2008a).

I PMTO er det særlig fem områder innenfor oppdragelsen, der foreldrene må ha gode ferdigheter for å kunne fremme en positiv utvikling hos barnet (Forgatch et al., 2004). Disse er følgende: oppmuntring av ferdigheter, positiv grensesetting, oppfølging, problemløsning og positiv involvering. Når det gjelder det første området viser en studie av Forgatch og DeGarmo (1999) at hvis foreldrene er flinke til å gi ros når barnet utfører noe som foreldrene opplever som positivt, vil dette fremme den prososiale utviklingen hos barnet. Når det gjelder positiv grensesetting, så vil dette, i følge Forgatch et al. (2004), være med på å redusere barnets avvikende atferd. Positiv grensesetting blir, av Patterson (1986), oppfattet som passende og kontingent bruk av milde sanksjoner. I forhold til oppfølging, som er det tredje området innenfor PMTO, så vil det at foreldrene vet hvor barnet er og når det forventes å komme hjem være med på å forhindre at barnet involverer seg i risikofylte og upassende aktiviteter. Når det gjelder det fjerde området, problemløsning, så vil gode evner innenfor dette området kunne hjelpe familien med blant annet kompromisser og å etablere regler (Forgatch & Patterson, 1989). Avslutningsvis omfatter det femte og siste området, som er positiv involvering, den tiden foreldrene investerer i barnet sitt (Forgatch & DeGarmo, 1999).

De fem ovennevnte ferdighetsområdene er nært knyttet til de ulike behandlingstemaene innenfor PMTO. I følge Ogden (2009) kan behandlingstemaene samles under følgende overskrifter: 1) oppmuntre til samarbeid, 2) læring av nye ferdigheter, 3) grensesetting og oppfølging, 4) å lykkes på skolen, 5) å kommunisere med barn, 6) observasjon og mestring av følelser, 7) problemløsning og konfliktmestring, og 8) tilsyn med barnets aktiviteter. PMTO – terapeuten gjennomgår de ovennevnte temaene med alle foreldre, men basert på barnets problemprofil vil det legges mer vekt på enkelte temaer (ibid). I følge Solholm, Askeland, Christiansen og Duckert (2005) må terapeuten kunne formidle PMTO – prinsippene korrekt og systematisk samtidig som vedkommende skal være fleksibel og kunne tilpasse behandlingen til den enkelte familien. I møtene mellom terapeut og foreldre fordeles tiden mellom å drøfte problemer som de foresatte ønsker å ta opp, og opplæring i ulike foreldreferdigheter som er knyttet til de ovennevnte behandlingstemaene (ibid). I følge Ogden (2009) brukes det god tid på å bearbeide eventuelle

vansker hos foreldrene, da stress påvirker overskudd og motivasjon til å være effektive oppdragere. Solholm med flere (2005) understreker at det er helt avgjørende at terapeuten klarer å få foreldrene aktive for at behandlingen skal ha mulighet til å fungere. Før jeg går nærmere inn på hvordan terapeuten underviser foreldrene i de ulike foreldreferdighetene vil jeg kort gjennomgå de åtte behandlingstemaene innenfor PMTO.

Når det gjelder det første temaet, oppmuntre til samarbeid, så fokuseres det her på foreldreferdigheter som skal få barnet til å samarbeide bedre, som for eksempel å gi gode beskjeder til barnet (Ogden, 2009). Tydelige og klare beskjeder kan øke sannsynligheten for at barnet gjør som det blir bedt om. Innenfor det andre temaet arbeides det med at barnet skal lære seg nye ferdigheter, der positiv bekreftelse og involvering blir sett på som viktige foreldreferdigheter i denne prosessen. Bruk av belønningsskjema er et viktig hjelpemiddel i denne sammenhengen. I tillegg er kunnskap om hvordan læringsmålene brytes ned i del - oppgaver viktig. Foreldrene oppmuntres til å lage en liste, i samarbeid med barnet, som viser hvordan barnets aktiviteter belønnes med for eksempel klistremerker eller poeng, som barnet senere kan bytte inn mot ulike belønninger (ibid).

Når det gjelder det tredje området, som er grensesetting og oppfølging, lærer foreldrene her å bruke konsekvente og milde sanksjoner (ibid), da Patterson (1982) er av den oppfatning at denne foreldregruppen enten bruker for harde eller ingen sanksjoner, der begge måtene kan betraktes som ineffektive. Under møtene med PMTO – terapeuten arbeides det målrettet for at foreldrene skal lære seg ”å identifisere, definere og observere barnets atferd på nye måter” (Ogden, 2009:177). Foreldrene trenes i å identifisere både generell og avvikende atferd, da dette er en forutsetning for å kunne bruke konsekvenser på en hensiktsmessig måte (Haugen, 2008a). Et avgjørende element i intervensjonen er, i følge Haugen, hva de foresatte skal definere som positiv, ønsket atferd fra barnet. Han framhever at foreldrene ofte må nøye seg med å belønne fravær av avvikende atferd i begynnelsen av treningen. Foreldrene blir også lært opp i å kontrollere sine egne følelser i denne prosessen (Ogden, 2009), da Patterson (1982) hevder, som nevnt, at de foresatte ofte konfronterer barnet i sinne. PMTO omfatter bruk av moderate negative konsekvenser i form av ”time - out ” og ”tap av privilegier”, der ”tap av privilegier” fungerer som en oppfølging, hvis barnet nekter å ta ”time - out ”. ”Time – out” fungerer på den måten at foreldrene velger et egnet sted som barnet skal sitte på i noen minutter, hvis barnet ikke gjør som

det blir bedt om. Hvis barnet ikke går til det utvalgte stedet når det blir bedt om dette, så fjerner foreldrene de forutbestemte privilegiene og trekker seg tilbake fra situasjonen (Ogden, 2009).

Det fjerde temaet involverer samarbeid mellom hjem og skole samt skolearbeid (ibid). Her gir terapeuten råd til de foresatte om hvordan de kan legge forholdene til rette, slik at barnet får gjort lekser, og kommer forberedt på skolen. For å forbedre kommunikasjonen mellom hjem og skole blir tiltak, ofte i form av et daglig rapporteringsskjema fra læreren, iverksatt. Når det gjelder det femte temaet som er samlet under overskriften ”Kommunikasjon med barn” (ibid), innebærer dette arbeid med foreldrenes kommunikasjonsferdigheter, der de foresatte blir oppfordret til å bruke aktiv lytting, og til å gjennomføre daglige samtaler med barnet om hvordan barnet har hatt det. I følge Ogden (2009:179) legges det her generelt vekt på ”å øke graden av nærhet mellom foreldre og barn, og å gjøre foreldrene mer emosjonelt tilgjengelige”. Det sjette behandlingstemaet tar for seg observasjon og mestring av følelser, der de foresatte blir lært opp i hvordan de kan observere barnets følelser. I tillegg prøver terapeuten å formidle hvordan følelser kan kontrolleres gjennom for eksempel å forlate en situasjon (ibid).

Problemløsning og konfliktmestring representerer det syvende temaet (ibid). Patterson (1982) hevder, som nevnt, at foreldre til antisosiale barn har en tendens til å vise uegnede problemløsningsferdigheter. PMTO tar derfor sikte på å lære de foresatte en metode for problemløsning. Denne omfatter blant annet å prøve å finne så mange løsninger som mulig til problemet, vurdere disse løsningene og avslutningsvis skrive en avtale (Ogden, 2009). Terapeuten oppfordrer foreldrene til å holde regelmessige familiemøter, der de kan drøfte uenigheter i familien og prøve å finne løsninger på disse. I forhold til konfliktmestring framhever terapeuten viktigheten av å snakke sammen når både barnet og foreldrene er rolige, og å lytte aktivt til det andre har å si. Det åttende og siste temaet omfatter tilsyn med barnets aktiviteter. Foreldrene oppmuntres til å vite hvor barnet deres er, hvem det er sammen med, hva barnet gjør og når det forventes å komme hjem (ibid).

Under 80 – tallet gjennomførte Patterson og Forgatch (1985) en rekke studier av selve terapiprosessen, hvor resultatene viste at individets motstand til endring økte da terapeuten brukte konfrontasjon som strategi. PMTO omfatter derfor ikke bruk av konfrontasjon. Terapeuten prøver i stedet å gi foreldrene instruksjon på en mer diskret måte gjennom for eksempel rollespill (Forgatch et al., 2004). I følge Forgatch og medarbeidere kan rollespill tjene mange funksjoner, for eksempel vil foreldrene kunne se at det faktisk eksisterer et

negativt samspillmønster i familien, og at alle familiemedlemmene bidrar til å opprettholde dette. Terapeuten anvender seg av dårlige versus gode eksempler på hvordan en interaksjon mellom foreldre og barn kan se ut. Etter at terapeuten har demonstrert disse og foreldrene har fått prøvd ut dette noen ganger, går terapeuten og de foresatte gjennom hva som var vanskelig eller lett, bra eller mindre bra. Denne oppfølgingssamtalen bidrar til at kognitiv bearbeiding kombineres med atferdsmessig trening. Etter hvert møte får foreldrene hjemmeoppgaver, der de skal prøve ut de nye ferdighetene i praksis (Forgatch et al., 2004). Det er vanlig at terapeuten ringer hjem til familien mellom behandlingstimene for å minne de foresatte på å være konsekvente i deres bruk av konsekvenser. Samtidig har foreldrene mulighet til å stille spørsmål og til å få støtte (Haugen, 2008a).

Intervensjonen og selve læringsprosessen krever motivasjon, tid og innsatsvilje av foreldrene, og det er derfor viktig at de foresatte har tillit til terapeuten samt at terapeuten lykkes med å etablere og opprettholde et godt og nært samarbeid med foreldrene. I begynnelsen av intervensjonen legges det vekt på å formidle støtte og forståelse, der det, i følge Ogden (2009:180), handler om å etablere en positiv allianse ”som gir foreldrene en følelse av å bli forstått, og at de og behandleren er likeverdige”. Det legges vekt på familiens sterke sider og på positive reaksjoner. En viktig målsetting er å få foreldrene til å gjenvinne kontrollen over seg selv (Zeiner, 2004). Under intervensjonens gang utvikler de foresatte gradvis problemløsningsferdigheter, og deres oppdragelsesferdigheter styrkes. PMTO legger vekt på at foreldrene skal mestre et tema før de (og terapeuten) går videre til neste (Haugen, 2008a). I følge Patterson og Chamberlain (1994) avsluttes behandlingen når foreldrene og terapeuten er enige om at barnets problematferd er under rimelig kontroll, og at målene for behandlingen er nådd.

### **3.3 Praktisk om PMTO i Norge**

I følge Ogden (2009) ble det ikke foretatt noen store endringer av det opprinnelige programmet når PMTO ble implementert i Norge i 1999. I samarbeid med norske terapeuter ble det utviklet en håndbok som skisserte metodens prinsipper, og retningslinjer for praksis (Ogden et al., 2009). For å få tittelen PMTO – terapeut måtte kandidatene gjennomgå en 18 måneder lang opplæring, der de ble undervist og trent opp i fem ulike terapimodeller. Per



2009 har det blitt trent og sertifisert hele 208 terapeuter ved Atferdssenteret i Oslo, og alle fylker i Norge har, per i dag, kvalifiserte PMTO – terapeuter (Zeiner, 2004). Ogden og medarbeidere (2009) antyder at det spesielt er fem faktorer som kan ha bidratt til at denne intervensjonsmetoden har fått en slik bærekraft i vårt land. Disse faktorene er: 1) En genuin interesse og engasjement fra politisk nivå, 2) Økt interesse for evidensbasert praksis blant de som arbeider ”ute i feltet”, 3) Etableringen av et nasjonalt senter for implementering og forskning, 4) Støtte i implementeringsfasen fra de som har utviklet programmet i USA, 5) Positive tilbakemeldinger fra familier som har deltatt i programmet, og en positiv mediedekning.

## OPPSUMMERING

Pattersons sosial - interaksjonistiske læringsteori er basert på sosial interaksjonsteori og sosial læringsteori, der begge de teoretiske retningene fokuserer på den påvirkningen som det sosiale miljøet har på et individs helhetlige tilpasning. I følge Patterson er uegnede foreldreferdigheter den viktigste medierende faktoren for utviklingen av antisosial atferd hos barn. Denne uheldige oppdragelsesstilen hos foreldrene fører til at barnet i økt grad viser atferd dominert av blant annet trass og ulydighet. Dette kan føre til et samspillmønster der foreldrene og barnet bruker makt i et forsøk på å styre hverandre. Samspillet mellom foreldre og barn vil preges av hyppige konflikter, og etter hvert vil familiemedlemmene begynne å unngå hverandre. Til slutt består interaksjonen mellom familiemedlemmene kun av fastlåste og tvingende samspill. Patterson benevner dette som ”coercive family process”. Det at foreldrene ikke følger opp barnet sitt betyr også at barnet ikke vil motta noen negative konsekvenser for sin antisosiale atferd, noe som i sin tur vil føre til at denne eskalerer ytterligere. Samtidig som uegnede foreldreferdigheter vil påvirke barnets antisosiale atferd i en negativ retning, vil barnets atferd også bidra til å lokke frem og opprettholde foreldrenes maktatferd. Patterson understreker at det kun er foreldrene som kan stoppe denne uheldige atferden hos barnet, og for at de skal lykkes med dette trenger de å tilegne seg gode foreldreferdigheter. Dermed tar foreldreintervensjonen Parent Management Training – Oregon (PMTO) blant annet sikte på å lære foreldrene hvordan de skal bruke effektive negative konsekvenser overfor barnet sitt og hvordan de kan gi barnet sitt ros.

## 4. HYPOTESER

En hypotese kan oppfattes som en antagelse om sammenhenger mellom fenomener som kan etterprøves empirisk (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2004). Ved bruk av hypoteser kan vi altså danne oss et bilde av hva vi forventer å finne gjennom en undersøkelse. Hypotesene som presenteres i dette kapittelet er utledet fra tidligere forskning knyttet til oppgavens forskningsspørsmål som jeg ønsker å besvare. Det vil her være på sin plass å presentere hovedproblemstillingen på nytt, der denne er følgende:

*Hvilke faktorer ved barnet og/eller familien påvirker effekten av PMTO hos familier med barn med ADHD og alvorlige atferdsproblemer? Og fører endringer i foreldreferdighetene positiv grensesetting og problemløsning til positiv endring av andre utfall?*

Variablene som er inkludert i denne studien er, som nevnt, delt inn i tre grupper som omfatter barnet, familien og foreldrenes oppdragsferdigheter. Variabler ved barnet omfatter: *kjønn, alder, grad av eksternalisert atferd, grad av oppmerksomhetsvansker og grad av angst/depresjon*. Videre omfatter variabler ved og rundt familien: *foreldrenes inntekt, utdanning og sivilstatus, hvilken type instans familien er tilknyttet og mors depresjon*. I tillegg vil det undersøkes om det at familien mottar *trygd* har noe å si for behandlingsutfallet. Avslutningsvis er variabelen innenfor det tredje og siste området grad av oppdragsferdigheter, der foreldrenes ferdigheter innenfor *positiv grensesetting og problemløsning*, som er to av de fem foreldreferdighetene innenfor PMTO, blir undersøkt nærmere. I de hypoteser som inneholder følgende: ”(...) vil oppnå bedre resultater (...)” menes større endringer i forhold til barnets utagerende atferd, oppmerksomhetsvansker, sosiale kompetanse og akademiske kompetanse. Endringsskårer innenfor de sistnevnte variablene presenteres i begynnelsen av kapittel seks.

### **Forskningsantakelse 1: Ulike faktorer ved barnet vil påvirke resultatet av foreldretreningen.**

Hypotesene under denne antakelsen er knyttet til tidligere forskning som har vist at faktorer ved barnet, slik som alder, og det at barnet har angst/depresjon, vil ha en innvirkning på det resultat familien oppnår etter å ha mottatt foreldretrening (Corcoran & Dattalo, 2006; Hinshaw, 2007; Ogden & Amlund Hagen, 2008).

**Hypotese 1a: Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra barnets kjønn, der gutter vil oppnå bedre resultater ved endt intervensjon, sammenlignet med jenter.**

Denne hypotesen bygger på kunnskap om at gutter er sterkt overrepresentert i kliniske utvalg (Sharkey og Fitzgerald, 2007), og er følgelig den gruppen som forskning omkring intervensjoner for barn med ADHD og/eller alvorlige atferdsproblemer har tatt utgangspunkt i. Dermed er det en viss mulighet for at retningslinjene og prinsippene innenfor PMTO egner seg bedre for familier som har gutter med ADHD og alvorlige atferdsproblemer enn for familier som har jenter med de samme vanskene.

**Hypotese 1b: Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra barnets alder, der de yngre barna (i aldersgruppen tre til åtte år) vil oppnå bedre resultater ved endt intervensjon, sammenlignet med de eldre barna (i aldersgruppen åtte til tolv år).**

En studie utført av Ogden og Amlund Hagen (2008) viste at barn under åtte år oppnådde bedre resultater, når deres foreldre hadde gjennomgått PMTO, sammenlignet med barn som var over åtte år.

**Hypotese 1c: De barna som skåret høyt på CBCL- og TRF – skalaen i forhold til eksternalisert atferd ved pretest vil oppnå bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med de som skåret lavere på disse skalaene.**

En meta – analyse utført av Lundahl, Risser og Lovejoy (2005) viste at barn som viste klinisk signifikante nivåer av eksternalisert atferd ved foreldretreningens begynnelse gjennomgikk en større positiv forandring, i forhold til deres grad av eksternalisert atferd (rapportert av foreldre), sammenlignet med barn som viste en lavere grad av utagerende atferd. I tillegg viste analysen at de barna som hadde både alvorlige atferdsproblemer og symptomer på ADHD oppnådde bedre resultater, i forhold til deres grad av eksternalisert atferd, enn de barna som kun hadde alvorlige atferdsproblemer.

**Hypotese 1d: De barna som skåret høyt på CBCL- og TRF – skalaen i forhold til grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest vil vise bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med de som skåret lavere på disse skalaene.**

Hypotesen er knyttet til tidligere forskning som viste at de barna med ADHD og alvorlige atferdsproblemer, som viste de mest alvorlige symptomene av ADHD ved begynnelsen av

foreldretreningen, var de som oppnådde de største forbedringene, i forhold til deres grad av oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet (rapportert av foreldre), målt ved post – test (Jones, Daley, Hutchings, Bywater & Eames, 2007).

**Hypotese 1e: De barna som skåret høyt på CBCL – skalaen i forhold til grad av angst og/eller depresjon vil oppnå bedre resultater, som følge av PMTO - behandlingen, sammenlignet med de som skåret lavt på denne skalaen.**

Den store MTA – studien viste at de barna som hadde både ADHD og en angstlidelse oppnådde bedre resultater ved atferdsbehandling, som inkluderte en foreldretreningskomponent, sammenlignet med barn som kun hadde ADHD (Hinshaw, 2007). Da mange barn med ADHD har alvorlige atferdsproblemer i tillegg, er det en viss mulighet for at dette resultatet også kan være gjeldende for den gruppen av barn som inngår i denne undersøkelsen.

**Forskningsantakelse 2: Ulike faktorer ved familien vil ha en innvirkning på resultatet av foreldretreningen.**

Forskning har vist at ulike faktorer ved familien, som for eksempel foreldrenes utdanning, har en påvirkning på de resultat familien oppnår av foreldretreningen (Rieppi et al., 2002).

**Hypotese 2a: Familier med høy inntekt og høy utdanning vil oppnå bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med familier med lav inntekt og lav utdanning.**

Hypotesen er knyttet til tidligere forskning som har vist at familier med høy utdanning oppnådde bedre resultater av foreldretrening sammenlignet med familier med lav utdanning (Rieppi et al., 2002). Dette funnet var gjeldende for barn med ADHD, der ca. halvparten hadde ODD eller CD i tillegg, slik at sjansen for at dette resultatet kan være gjeldende for barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer må anses som relativt stor. Høy utdanning er ofte knyttet til høy inntekt, slik at det ut ifra ovennevnte forskning kan tenkes at familier med høy inntekt vil oppnå bedre resultater enn familier med lav inntekt.

**Hypotese 2b: Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra antall foreldre i familien, der familier med to foreldre vil oppnå bedre resultater sammenlignet med familier med en forelder.**

Forskning har vist at barn som bodde sammen med begge sine foreldre oppnådde bedre resultater i form av færre atferdsproblemer, ved endt foreldretrening, sammenlignet med barn som bodde sammen med kun en av foreldrene (Lundahl et al., 2005). Dette funnet var gjeldende for barn med alvorlige atferdsproblemer, men da en relativt stor andel av barn med ADHD oppfyller kriteriene for enten ODD, CD eller begge de sistnevnte lidelsene, vil dette funnet også kunne omfatte barn med både ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

**Hypotese 2c: De familier som mottar trygd, under intervensjonens gang, vil ikke oppnå like gode resultater, som følge av foreldretreningen, sammenlignet med de familier som ikke mottar trygd.**

En kan forvente at familier som mottar trygd under intervensjonens gang vil oppleve mer stress, som følge av en dårligere økonomi, enn familier som ikke mottar trygd. Det forventede høye stressnivået vil i sin tur føre til at foreldrene i de førstnevnte familiene ikke vil klare å bruke de strategier og verktøy, som PMTO – terapeuten lærer bort under intervensjonen, i like stor grad som foreldrene i de familier som ikke mottar trygd, noe som igjen vil hemme en endring hos barnet.

**Hypotese 2d: Familier som er tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) vil oppnå bedre resultater, som følge av foreldretreningen, sammenlignet med familier som er tilknyttet Barnevernstjenesten.**

Dette er en mer eksplorerende hypotese som bygger på en antakelse om at familier som er tilknyttet Barnevernstjenesten ofte er mer belastet sammenlignet med familier som er tilknyttet BUP, der foreldrene i de førstnevnte familiene mest sannsynlig vil ha mer vanskeligheter med å følge opp de aktuelle strategiene innenfor PMTO på grunn av at de har egne problemer.

**Hypotese 2e: En depresjon hos mor vil ha en negativ innvirkning på behandlingsutfallet, slik at disse familiene vil oppnå dårligere resultater, sammenlignet med familier der mor ikke er deprimert.**

Denne hypotesen har sitt utgangspunkt i forskning som viser at vansker hos foreldrene vil påvirke overskudd og motivasjon for å være effektive oppdragere (Ogden, 2009). Det at en forelder er deprimert har, i følge Reyno og McGrath (2006), vist seg å være den mest betydningsfulle variabelen ved foreldrekarakteristikkene som kan redusere utbyttet av foreldretreningsprogrammer. Dette gjelder særlig depresjon hos mødre (ibid). Dermed fokuserer hypotesen på sykdom hos mor. Hvis mor er deprimert vil hun mest sannsynlig ha vanskeligheter med å ta til seg strategier som PMTO – terapeuten lærer bort. Samtidig vil hun ikke ha tilstrekkelig energi til å følge de opp. Mors depresjon er, i følge Cummings, Keller og Davies (2005), også direkte knyttet til en økt risiko for konflikter mellom foreldrene, noe som igjen kan føre til at foreldrene ikke makter å bruke de strategier som PMTO – terapeuten har lært bort.

**Forskningsantakelse 3: Store endringer av uheldige foreldreferdigheter underveis i intervensjonen vil ha en positiv påvirkning på behandlingsutfallet.**

Undersøkelser viser at endringer i oppdragelsesstil hos foreldrene, under behandlingsperioden, har en positiv innvirkning på utfallet (Hinshaw, 2007; Ogden & Amlund Hagen, 2008).

**Hypotese 3a: Hvis foreldre viser store forbedringer, fra pretest til posttest, innenfor foreldreferdigheten positiv grensesetting vil deres barn oppnå bedre resultater, i forhold til deres atferd/kompetanse, enn barn som har foreldre som viser små forandringer innenfor denne ferdigheten.**

Hypotesen er knyttet til tidligere forskning som har vist at endringer i ineffektive disiplineringsstrategier, som disse foreldrene ofte viser ved begynnelsen av foreldretreningen, fungerte som en mediator for behandlingsutfallet (Ogden & Amlund Hagen, 2008; Hinshaw, Owens, Wells, Kraemer, Abikoff, Arnold et al., 2000).

**Hypotese 3b: Hvis foreldre viser store forbedringer, fra pretest til posttest, innenfor foreldreferdigheten problemløsning vil deres barn oppnå bedre resultater, i forhold til deres atferd/kompetanse, enn barn som har foreldre som viser små forandringer innenfor denne ferdigheten.**

Dette er en mer eksplorerende hypotese som tar utgangspunkt i at hvis foreldrene tar i bruk de problemløsningsferdighetene, som det blir undervist i innenfor PMTO, vil de kunne unngå å havne i heftige krangler med barnet, og de vil kunne framstå som gode rollemodeller i hvordan en løser et problem/en uenighet for barnet. Dette vil kunne føre til at barnet endrer sine strategier, der motangrep er den vanligste strategien, og begynner etter hvert å se nye alternativer til problemløsning, noe som kan resultere i mindre utagerende atferd hos barnet.

# 5. METODE

## 5.1 Utvalg

Det opprinnelige utvalget bestod av 331 familier fordelt på to grupper, der den ene gruppen bestod av familier som hadde barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer, og den andre gruppen bestod av familier med barn med kun alvorlige atferdsproblemer. I denne undersøkelsen har jeg valgt å kun bruke data fra de familiene hvor barna hadde både ADHD og alvorlige atferdsproblemer. Denne gruppen bestod av 97 barn og deres foreldre, hvorav 14 var jenter og 83 gutter. Barna var i aldersgruppen tre til tolv år ( $M=9.0$ ,  $SD=2.1$ ). Utvalget representerer alle helseregionene i Norge. Familiene som var berettiget for deltakelse i undersøkelsen hadde tatt kontakt med ulike hjelpeinstanser på grunn av barnets atferdsproblemer. Atferdsproblemene ble oppfattet, i henhold til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2000), som symptomer på Opposisjonell atferdsforstyrrelse og/eller Atferdsforstyrrelse, eller som atferd som var synonym med disse symptomene, slik som aggresjon, kriminalitet eller forstyrrende atferd i klasserommet (Brestan & Eyberg, 1998). Av de 97 barna som var med i undersøkelsen oppfylte ingen kriteriene for autisme eller alvorlig psykisk utviklingshemning. Videre var ingen tilfeller av seksuell misbruk av barnet dokumentert, og ingen av barna bodde sammen med foreldre som enten hadde en alvorlig psykisk utviklingshemning eller psykopatologi.

Barna i utvalget viste alvorlige atferdsproblemer i henhold til deres T – skårer på Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) og på Teacher Report Form (TRF; Achenbach, 1991) ved pretest. T – skårer ble beregnet på grunnlag av normative skårer justert for alder og kjønn. Den gjennomsnittlige T – skåren for eksternalisert atferd var 80.32 ( $SD=16.13$ ) på CBCL og 77.77 ( $SD=19.57$ ) på TRF. Alle de 97 barna i den aktuelle undersøkelsen var diagnostisert med ADHD.

Medianen av familienes årlige inntekt var NOK 442,142 ( $SD=20,794$ ), og av de primære omsorgsgiverne hadde 1 % 7-årig folkeskole, 13,4 % ungdomsskole eller tilsvarende (9-årig eller 10-årig), 34 % videregående skole – yrkesfag eller tilsvarende (minimum 11 års utdanning), 22,7 % videregående skole – allmennfag eller tilsvarende (minimum 11 års utdanning), 24,7 % høyskole eller enkeltfag ved universitetet og 3,1 % universitetsutdanning



eller vitenskapelig høyskole. Den gjennomsnittlige alderen hos de primære omsorgsgiverne ble oppgitt til å være 37.3 år ( $SD=5.9$ ), og av disse var 71 % gift eller samboer med den andre biologiske forelderen og 28 % var aleneforeldre. Informasjon manglet for 1 familie på sivil status. Informasjon om etnisk bakgrunn ble oppgitt av 87 familier, der 80 (92 %) var etnisk norske og 7 (8 %) hadde annen etnisk bakgrunn.

## 5.2 Prosedyre

Rekrutteringsperioden varte fra januar 2001 til april 2005, og målingene ble utført før (pre) og etter (post) PMTO – behandlingen. Familiene ble rekruttert ved hjelp av ordinære henvisningsrutiner ved de aktuelle hjelpeinstansene. Av de 97 familiene som deltok i undersøkelsen ble 36 familier rekruttert fra Barnevernstjenesten og 61 familier fra Psykisk helsevern. Vurderingen av de enkelte familiene varte i ca. to timer, og var basert på en klinisk bedømmelse utført av terapeutene som deltok i prosjektet. Det ble ikke foretatt noen formell screening. Den av foreldrene som oppga å ha tilbrakt mest tid sammen med barnet vurderte barnets atferd. De familiene som ble ansett som kvalifiserte til å delta ble først informert om forskningsprosjektet, og deretter, hvis de samtykket, bedt om å undertegne en skriftlig erklæring. Etter samtykke med foreldrene ble barnas lærere informert om studien, og bedt om å delta. Om lærerne samtykket fikk de tilsendt spørreskjemaer som de skulle fylle ut vedrørende barnets atferd. I følge Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) var det ikke nødvendig at lærerne som skulle delta i undersøkelsen undertegnet en skriftlig avtale, da de kun ble bedt om å svare på spørsmål om de barna som deltok i studien, som allerede hadde foreldrene sin tillatelse. Både foreldre og lærere mottok en liten økonomisk kompensasjon for deres deltakelse i undersøkelsen, der foreldrene mottok NOK 300 og lærerne NOK 100. Terapeutene som ble brukt i undersøkelsen ble rekruttert gjennom en åpen invitasjon til alle PMTO – sertifiserte terapeuter i Norge. De observasjoner som ble foretatt ble registrert ved hver lokal instans der behandlingen fant sted.

## 5.3 Måleinstrumenter

En måte å prøve måleinstrumenters reliabilitet er beregning av indre konsistens med Cronbach's alpha (Kleven, 2002). Indre konsistens betyr i denne sammenheng i hvilken grad alle spørsmålene på en skala måler det samme. Dermed gir Cronbach's alpha et mål på i hvilken grad en kan generalisere fra resultatet på de spørsmålene som skalaen inneholder til alle spørsmål som kan tenkes å dekke det område som skalaen er ment å måle. Ettersom Cronbach's alpha måler hvor godt spørsmålene innenfor en skala samsvarer med hverandre, vil det være hensiktsmessig med en verdi som verken er for høy (det vil si at spørsmålene innenfor skalaen i for stor grad måler akkurat samme fenomen) eller for lav (det vil si at skalaen ikke er nok enhetlig til å kunne sies å dekke hele det området eller begrepet som vi ønsker å måle) (Kleven, 2002).

*Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF).* CBCL og TRF ble utfylt av foreldre og lærere. Begge skjemaene er velkjente og pålitelige verktøy, som vurderer brede områder av et barns fungering (Achenbach, 1991). Instrumentene har blitt standardisert og validert i undersøkelser med norske barn (Lurie, 2006; Nøvik, 1999). Følgende underskalaer ble brukt i undersøkelsen: eksternalisert atferd, oppmerksomhetsvansker og angst/depresjon. Utsagn (items) ble vurdert på en tre – poengs Likert skala (0=aldri/sjelden, 1= av og til, 2= ofte/alltid), der høyere skårer representerer større atferdsproblemer. Reliabilitetskoeffisientene ved pre- og posttest var .88 og .91 for CBCL Eksternalisert atferd, og .73 og .79 for CBCL Oppmerksomhetsvansker. For CBCL Angst/depresjon var de .79 ved pretest og .81 ved posttest. Videre var reliabilitetskoeffisientene ved pre- og posttest .96 og .96 for TRF Eksternalisert atferd og henholdsvis .90 og .91 for TRF Oppmerksomhetsvansker. Av de 95 familiene som var inkludert ved pretest manglet 23 % av CBCL – skårene ved posttest. 19 % av TRF – skårene manglet ved posttest for de 85 familiene som var inkludert ved pretest.

*Social Skills Rating System (SSRS).* SSRS er et verktøy til å vurdere sosiale ferdigheter og skolefaglig kompetanse hos barn og unge (Gresham & Elliott, 1990). I undersøkelsen ble både foreldre- og lærerversjonen brukt. Høyere skårer indikerer en høyere grad av sosial kompetanse hos barnet. For bedre å fange opp variasjoner i sosial kompetanse hos norske barn har måleinstrumentet tidligere blitt modifisert fra en tre – poengs til en fire - poengs Likert skala (Sørлие, Amlund Hagen & Ogden, 2008). Skalaen har vist seg å være både

reliabel og valid for norske forhold (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Foreldre - og lærerversjonene består av 38 respektive 30 ”items”, som omfatter områder som ansvar, selv – kontroll, empati og samarbeid. Cronbach’s alpha ved pre- og posttest var .87 respektive .89 på foreldreskalaen, og .86 respektive .86 på lærerskalaen. 17 % av foreldrevurderingene manglet ved posttest for de 95 familiene som var inkludert ved pretest, og 20 % av lærervurderingene manglet ved posttest for de 86 familiene som var inkludert ved pretest.

*SSRS: Akademisk kompetanse.* Skolefaglig kompetanse ble målt gjennom lærerens vurdering av elevenes generelle kognitive fungering, leseevne, matematiske kunnskaper og motivasjon, der SSRS sin skala bestående av ni element (Gresham & Elliott, 1990) ble brukt. Påstandene ble vurdert ut i fra en fem – poengs skala i henhold til den aktuelle læreren sin rangering av eleven (1= lavest, 2= nest lavest, 3= middels, 4= nest høyest, og 5= høyest). Cronbach’s alpha var .87 ved pretest og .88 ved posttest. Av de 84 barn i skolealder som var inkludert ved pretest, så manglet 21 % skåre ved posttest.

*Parent daily report (PDR).* PDR er vist seg å være et pålitelig og valid måleinstrument for alvorlige atferdsproblemer i USA (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). Måleinstrumentet har nylig blitt oversatt og tilpasset norske forhold av de som utviklet PDR i samarbeid med norske forskere (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Foreldrene som deltok i undersøkelsen ble ringt opp tre påfølgende dager før og etter behandlingen. De ble bedt om å svare ja eller nei på om barnet deres hadde vist en spesifikk atferd i løpet av de siste 24 timene. Spørsmålene inkluderer både alvorlige overtredelser, slik som å stjele eller ødelegge ting, og en mildere form for problematferd, slik som å banne. Den totale summen per dag ble oppsummert i en samlet poengsum for alle de tre dagene. Cronbach’s alpha ble målt til .75 ved pretest og .78 ved posttest. 17 % av de 95 familiene som var inkludert ved pretest manglet PDR – skårer ved posttest.

*Coder’s impression (CI) of parent practices and child behavior.* CI ble brukt til å vurdere foreldreferdigheter og atferd hos barnet ved strukturerte samspillsituasjoner, så kalte SITs (Stubbs, Crosby, Forgatch & Rains, 2003), som ble tatt opp på video. Måleinstrumentet har blitt brukt i tidligere studier, og har vist seg å ha god prediktiv og konvergent validitet samt å være sensitiv for endring (DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004). Skalaene som brukes innenfor både SIT og CI ble tilpasset barnets utviklingsmessige nivå, da antall og type

elementer innenfor CI er litt forskjellig avhengig av om barnet er yngre eller eldre enn 8 år. De strukturerte samspillsituasjonene (SITs) varte i en halv time for de barna som var over åtte år, mens de barna som var under åtte år inngikk i samspillsekvenser som var fem minutter kortere enn de eldre barna sine. Familier med barn over åtte år deltok først i en planleggingsoppgave (5 min), og så i to problemløsningsoppgaver, der forelderen og barnet valgte en oppgave hver (10+10 min). Sekvensen ble avsluttet med en evalueringsoppgave (5 min). For familier med barn under åtte år startet samspillsekvensen med en oppgave som bestod av fri - lek (8 min), og deretter rydding (2 min). Videre fortsatte sekvensen med en problemløsningsoppgave som foreldrene og barnet hadde valgt ut sammen (5 min). Deretter ble foreldrene og barnet introdusert for en oppgave som bestod av mye venting (5 min), og til slutt en evalueringsoppgave (5 min).

Spørreskjemaet (CI) ble fylt ut, av de som kodet resultatene, umiddelbart etter de hadde skåret samspillsituasjonene mellom foreldrene og barnet. De fem foreldreferdighetsdimensjonene innenfor PMTO, er som nevnt, er: positiv grensesetting, problemløsning, tilsyn, positiv involvering og oppmuntring til læring av nye ferdigheter, og ble alle skåret med hjelp av underskalaer til dette måleinstrumentet. I tillegg ble også barnets problematferd skåret med hjelp av underskalaene. Påstandene (items) ble vurdert ut ifra en fem - poengs Likert skala, der høyere skårer indikerte bedre foreldreferdigheter. Underskalaen som omfatter positiv grensesetting består av 12 elementer for foreldre med barn over åtte år, og av 13 elementer for foreldre med yngre barn. Et eksempel på en påstand er følgende: ”Mor viser en konsekvent, rettferdig og bestemt disiplineringsstil, når det er nødvendig”. Cronbach’s alpha varierte fra \_\_\_ ved pretest til \_\_\_ ved posttest for de to ulike aldersversjonene. Underskalaen som omfatter problemløsning består av 19 elementer for foreldre som har barn under åtte år, og av 32 elementer for foreldre som har barn over åtte år. Et eksempel på en påstand er følgende: ”Fordeler og ulemper ved forslag til løsninger ble vurdert”. Cronbach’s alpha varierte fra .67 ved pretest til .72 ved posttest for de to ulike aldersversjonene Ved posttest manglet data for 22 % av de 88 familiene som var inkludert ved pretest.

## *Intervensjon*

Deltakerne mottok et gjennomsnitt på 24 timer ( $SD=8.7$ ) med PMTO – behandling. Data manglet for 22 (22,7 %) av de 97 familiene. Familiene ble behandlet individuelt. For en detaljert beskrivelse av PMTO se avsnitt 3.1 og 3.2.

## *Manglende data og uteliggere*

I de tilfeller der data delvis manglet på en gitt variabel ble “The exception maximization procedure” (EM) benyttet for å predikere den totale skåren på den aktuelle variabelen (Tabachnick & Fidell, 2001). Tilfeller der hele skalaer manglet ble utelatt. For hver EM ble det gjennomført en ”A missing completely at random test” (MCAR). Hvis denne testen mislyktes så ble regresjonsanalyser benyttet til å predikere enkeltverdier som skulle brukes i beregningen av den totale poengsummen.

Uteliggere ble identifisert og kontrollert for både på pre- og postvurdering. Det 5 % trimmede gjennomsnittet ble sammenlignet med det originale gjennomsnittet, og eventuelle forskjeller i disse to estimatene ble undersøkt. I alle tilfellene var forskjellene små, noe som indikerte at uteliggere hadde liten innvirkning på det originale gjennomsnittet, og dermed ble disse heller ikke modifisert. Alle skalaer ble undersøkt med hensyn til normalfordeling, der disse skalaene viste seg å ligge innenfor en akseptabel rekkevidde av skjevhet og kurtosis (+/-2), slik at ingen transformasjoner av variablene var berettiget.

## **5.4 Statistisk bearbeidning av datamaterialet**

De statistiske analysene i denne undersøkelsen er foretatt i SPSS 18 (PASW).

### **5.4.1 Korrelasjonsanalyse**

Informasjon om korrelasjon forteller oss i hvilken grad variabler er relatert (Wagner, 2010), men det sier ikke noe om årsaksforhold. Korrelasjonsanalyse kan benyttes ved analysing av både to variabler og en gruppe med variabler (Pallant, 2007). I denne undersøkelsen brukes

Pearsons produkt – moment – koeffisient ( $r$ ) for å beskrive korrelasjonen mellom ulike variabler. Denne koeffisienten er en indeks som angir både type samvariasjon, og hvor sterkt de to variablene varierer sammen (Lund & Christophersen, 1999). Indeksen varierer på en skala med verdier fra -1.0 til 1.0, der -1.0 står for perfekt negativ korrelasjon, 1.0 for perfekt positiv korrelasjon og 0 for ingen korrelasjon. For tolkning av verdiene benyttes Cohen sine (1988) inndelinger, der liten samvariasjon omfatter  $r = .10 - .29$ , middels samvariasjon  $r = .30 - .49$  og sterk samvariasjon  $r = .50 - 1.0$ . I denne studien utforskes relasjonen mellom flere variabler, som for eksempel barnets alder, barnets endringer i eksterne atferd, familiens inntekt, barnets endringer i sosial kompetanse og foreldrenes utdanning.

### 5.4.2 Variansanalyse

Det er en nær sammenheng mellom variansanalyse og multipl regrejonsanalyse, der den førstnevnte kan betraktes som et spesialtilfelle av den sistnevnte (Cohen, J. & Cohen, P., 1983). Variansanalyse blir også kalt ANOVA (analysis of variance) (Befring, 2007). I denne undersøkelsen ble det benyttet enveis ANOVA i form av F - tester for å undersøke de uavhengige variablene i forhold til skåre på de avhengige variablene. Da samtlige uavhengige variabler, som ble tatt med i variansanalysen, var kategoriske ble disse behandlet som "fixed factors".

I følge Coolican (1999) er F – test den enkleste formen for en ANOVA. En F – test inneholder to statistiske størrelser: en mellomgruppevarians og en innenfor – gruppevarians. Mellomgruppevariansen er den samlede variansen for alle som inngår i undersøkelsen i relasjon til det totale gjennomsnittet, mens innenfor – gruppevariansen er den samlede variansen innenfor de ulike gruppene i relasjon til de ulike gruppens respektive aritmetiske gjennomsnitt. Hvis de ulike gruppene innenfor respektive uavhengige variabel, for eksempel gutter og jenter innenfor variabelen kjønn, oppnådde de samme resultatene når PMTO – behandlingen i forbindelse med denne undersøkelsen var over ville mellomgruppe- og innenfor - gruppevariansen være den samme for alle gruppene. Jo mer mellomgruppevariansen overstiger innenfor - gruppevariansen, desto større er sjansen for at gruppene oppnådde ulike resultater ved posttest. F-testen sammenligner altså størrelsen på variansen av gruppens gjennomsnitt med størrelsen på variansen rundt eget gruppegjennomsnitt innenfor hver enkelt gruppe. For å beskrive variansen så brukes eta

kvadrert,  $(\text{Eta})^2$ .  $(\text{Eta})^2$  kan variere fra 0 til 1, og utgjør den andel av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares ut fra den uavhengige variabelen (Pallant, 2007). For tolkning av verdiene benyttes retningslinjer foreslått av Cohen (1988), der  $(\text{Eta})^2 = .01$  utgjør liten effekt,  $(\text{Eta})^2 = .06$  utgjør moderat effekt og  $(\text{Eta})^2 = .14$  utgjør stor effekt.

Dersom F – testen viser en statistisk signifikans mellom den enkelte uavhengige variabelens grupper på noen av de avhengige variablene så innebærer dette at minst ett av gjennomsnittene er signifikant forskjellig fra minst ett av de andre gjennomsnittene.

Imidlertid blir ikke de ulike gruppene sine gjennomsnitt oppgitt i en F – test, og dermed kan en heller ikke se hvilken/hvilke gruppe(r) som skiller seg signifikant fra den/de andre. For å avgjøre dette vil det være nødvendig å utføre en post hoc test. I de tilfellene hvor det ble funnet signifikante forskjeller innenfor F – testen i denne undersøkelsen, og der den uavhengige variabelen var inndelt i fler enn to undergrupper, ble det foretatt en post hoc test (Bonferroni).

## 6. RESULTATER

I dette kapittelet presenteres relevante resultater for oppgavens problemstilling og undersøkelsens hypoteser. Før korrelasjons- og variansanalysene ble utført ble det regnet ut endringsskårer på 10 av de 19 variablene som var inkludert i undersøkelsen. De 10 avhengige variablene er følgende: PDR Eksternalisert atferd, CBCL og TRF Eksternalisert atferd, CBCL og TRF Oppmerksomhetsvansker, SSRS Sosial kompetanse (foreldre og lærer) og Akademisk kompetanse samt foreldreferdighetene positiv grensesetting og problemløsning. De ni resterende uavhengige variablene: *barnets kjønn*, *barnets alder*, *angst/depresjon hos barnet*, *familiens inntekt*, *foreldrenes utdanning*, *foreldrenes sivilstatus*, *trygd/ikke trygd*, *type instans* og *mors depresjon* var det ikke hensiktsmessig å regne ut en endringsskåre på.

Tabell 1 gir en oversikt over barnas og foreldrenes pre – og posttestskårer samt endringsskårer på de ti avhengige variablene i undersøkelsen. Tabellene 2 – 4 og 5 - 7 gir en oversikt over resultatene fra henholdsvis de korrelasjonsanalyser som er blitt utført og de variansanalyser og post hoc tester som er blitt utført i forbindelse med denne undersøkelsen.



Tabell 1. Barnas og foreldrenes pretestskårer, posttestskårer og endringsskårer på de 10 avhengige variablene i undersøkelsen samt barnas og foreldrenes pretestskårer på de uavhengige variablene som det var mulig å regne ut et gjennomsnitt på.

Variabel	Pre Gjennomsnitt ( <i>SD</i> )	Post Gjennomsnitt ( <i>SD</i> )	Endringsskårer Gjennomsnitt ( <i>SD</i> )
<i>Rapportert av foreldre</i>			
PDR Eksternalisert	25.90 (12.28)	16.37 (10.90)	-9.63 (12.88)
CBCL Eksternalisert	80.32 (16.13)	67.08 (15.82)	-13.02 (16.15)
CBCL Oppmerksomhet	84.36 (18.02)	76.51 (17.64)	-7.22 (17.73)
SSRS Foreldre	88.22 (12.08)	91.35 (11.67)	3.60 (10.49)
<i>Rapportert av lærere</i>			
TRF Eksternalisert	77.77 (19.57)	72.33 (18.28)	-4.95 (17.61)
TRF Oppmerksomhet	18.58 (7.14)	16.34 (7.02)	-1.34 (7.26)
SSRS sosial kompetanse	66.20 (9.43)	67.82 (8.76)	.65 (9.52)
Akademisk kompetanse	2.73 (.77)	2.80 (.83)	.03 (.44)
<i>Observerte for.ferdigheter</i>			
Positiv grensesetting	.11 (.90)	-.02 (.98)	-.17 (1.21)
Problemløsning	.22 (.89)	-.08 (1.06)	-.33 (1.24)
<i>Uavhengige variabler</i>			
Barnets alder	9.0 (2.1)		
Angst/depresjon (CBCL)	6.85 (5.01)		
Familiens inntekt	442.142 (207.936)		
Foreldrenes utdanning	3.7 (1.2)		

## 6.1 Resultater fra korrelasjonsanalysen

Resultatet i tabell 2 viser en moderat negativ korrelasjon mellom *barnets kjønn* og barnets endringer innenfor akademisk kompetanse ( $r = -.36, p < .01$ ). Dette funnet er interessant, da det indikerer at det ene kjønnnet endrer seg ulikt i forhold til dets akademiske kompetanse i løpet av intervensjonen, fra det andre. I tillegg var *barnets kjønn* marginalt signifikant med både barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd (rapportert av foreldre) ( $r = -.19, p < .05$ ) og foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting ( $r = -.22, p < .05$ ). Det førstnevnte funnet indikerer at det ene kjønnnet tenderer mot å endre seg mer i forhold til dets grad av utagerende atferd under intervensjonen, enn det andre. Det sistnevnte funnet indikerer at de foreldrene som har sønner tenderer mot å endre seg mer i forhold til deres ferdigheter innenfor positiv grensesetting i løpet av intervensjonen, enn de foreldrene som har døtre eller motsatt. Variansanalysen vil kunne fortelle oss mer om hvilket av kjønnene som tenderer mot å endre seg mer i forhold til dets grad av utagerende atferd og akademisk kompetanse, enn det andre. I tillegg vil variansanalysen kunne fortelle oss hvilke foreldre som har en tendens til å endre seg mer innenfor positiv grensesetting, enn de andre.

Som vi ser av tabell 2 var det ingen signifikante forskjeller mellom *barnets alder* og barnets endringer innenfor noen av de avhengige variablene som var knyttet til barnets atferd/kompetanse. Dette funnet var noe uventet, da tidligere forskning har vist at barnets alder har en innvirkning på utfallet ved foreldretreningsintervensjoner (Dishion & Patterson, 1992; Corcoran & Dattalo, 2006). *Barnets alder* korrelerte heller ikke med foreldrenes endringsskårer innenfor verken positiv grensesetting eller problemløsning, noe som kan indikere at foreldre som har yngre barn med ADHD og alvorlige atferdsvansker oppnår samme resultat på disse to foreldreferdighetene ved posttest, som foreldre som har eldre barn med samme vansker. Imidlertid viste korrelasjonsanalysen en marginal signifikant forskjell mellom *barnets alder* og foreldrenes endringer innenfor både positiv grensesetting og problemløsning, der foreldre som hadde yngre barn tenderte mot å endre seg mer innenfor disse to foreldreferdighetene, enn foreldre som hadde eldre barn.

Resultatet i tabell 2 viser en svak negativ korrelasjon mellom *barnets grad av angst/depresjon* ved pretest og barnets endringsskåre innenfor utagerende atferd (rapportert av foreldre) ( $r = -.23, p < .05$ ). Dette funnet indikerer at de barna som har en høy grad av angst/depresjon ved

pretest vil endre seg ulikt, i en positiv forstand, i forhold til deres grad av utagerende atferd i hjemmet, fra de barna som har en lav grad av angst/depresjon ved pretest. Sammenhengen er imidlertid beskjedent. I likhet med ovennevnte funn korrelerer *barnets grad av angst/depresjon* ved pretest negativt med barnets endringer i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (rapportert av foreldre) ( $r = -.41, p < .01$ ), men i dette tilfelle moderat. Dette betyr at de barna som har en høy grad av angst/depresjon ved pretest tenderer mot å endre seg mer i forhold til deres grad av oppmerksomhetsvansker i hjemmet under intervansjonen, enn de barna som har en lav grad av angst/depresjon ved pretest.

Tabell 2. Korrelasjoner mellom pretestskårer på de uavhengige variablene og barnas og foreldrenes endringsskårer på de avhengige variablene i studien. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå, \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå. Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL), Akademisk kompetanse (AK), Positiv grensesetting (PG) og Problemløsning (PL).

Endringsskårer, avhengige variabler		PE	CE	TE	CO	TO	SF	SL	AK	PG	PL
Pretestskårer, uavhengige variabler											
Barnets kjønn	r	.08	-.19	-.18	-.16	-.13	.17	-.002	-.36**	-.22	-.09
	N	72	72	67	72	67	78	66	62	66	64
Barnets alder	r	.08	-.06	-.03	-.06	.06	.03	.10	-.10	-.19	-.20
	N	72	72	67	72	67	78	66	62	66	64
Angst/depresjon hos barnet	r	-.004	-.23*	.19	-.41**	.03	-.04	-.09	-.21	.03	.23
	N	72	72	67	72	67	78	66	62	66	64
Familiens inntekt	r	-.05	-.09	-.25*	-.08	-.27*	.25*	.15	.10	.20	.20
	N	69	69	64	69	64	75	63	59	64	62
Foreldrenes utdanning	r	-.08	-.07	-.16	-.09	-.23	.14	-.02	-.10	.17	.15
	N	72	72	66	72	66	78	65	61	66	64
Aleneforelder/ikke aleneforelder	r	.07	.06	-.06	.08	-.07	.17	.03	.07	.03	.08
	N	71	71	66	71	66	77	65	61	66	64
Type instans	r	-.035	.19	.03	.17	.20	-.04	-.19	-.04	.05	.07
	N	72	72	67	72	67	78	66	62	66	64
Mors depresjon	r	.26*	.14	.18	.06	-.03	-.10	.06	-.26	-.12	-.19
	N	74	64	59	64	59	71	58	55	60	58

Videre viser tabell 2 en svak negativ korrelasjon mellom *familiens inntekt* og barnets endringsskårer i forhold til dets grad av utagerende atferd (rapportert av lærer) ( $r = -.25, p <$

.05) og oppmerksomhetsvansker (rapportert av lærer) ( $r = -.27, p < .05$ ). Dette indikerer at hvis *familiens inntekt* er høy så vil barnet oppnå større forbedringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker på skolen i løpet av behandlingen, enn om familiens inntekt er lav. Disse forskningsfunnene var ventet, da tidligere forskning har vist at barn som hadde foreldre med høy utdanning oppnådde bedre resultater i forhold til sin utagerende atferd, som følge av en foreldretreningsintervensjon, enn barn som hadde foreldre med lav utdanning (Rieppi et al., 2002). Høy utdanning kan hevdes å være nært knyttet til høy inntekt, og det var dermed rimelig å anta at de barna som hadde foreldre med høy inntekt ville oppnå bedre resultater, som følge av PMTO – behandlingen, enn de barna som hadde foreldre med lav inntekt. Begge de ovennevnte korrelasjonene er imidlertid svake. Når barnets endringsskårer innenfor grad av henholdsvis utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker ble rapportert av barnets foreldre korrelerte ingen av disse endringsskårene med *familiens inntekt*.

Videre korrelerer *familiens inntekt* svakt positivt med barnets endringsskåre i forhold til dets sosiale kompetanse (rapportert av foreldre) ( $r = .25, p < .05$ ). Dette indikerer at hvis familiens inntekt er høy, så vil barnet oppnå store forandringer i forhold til sine sosiale ferdigheter i hjemmet under intervensjonen, mens hvis familiens inntekt er lav vil barnet kun oppnå små forandringer på dette området. Når barnets endringer i sosial kompetanse ble rapportert av læreren var det ingen signifikant forskjell mellom denne endringsskåren og *familiens inntekt*.

Som det fremgår av tabell 2 ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *foreldrenes utdanning* og barnets endringsskårer innenfor noen av de avhengige variablene i undersøkelsen. Dette forskningsfunnet var uventet, og motstridende til tidligere forskning på feltet. I tillegg var det bemerkelsesverdig at *foreldrenes utdanning* ikke korrelerte med noen av barnets endringsskårer i denne undersøkelsen, da *familiens inntekt* korrelerte med tre av disse. Det ble heller ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *foreldrenes utdanning* og foreldrenes endringsskårer innenfor verken positiv grensesetting eller problemløsning. Når det gjelder variabelen *foreldrenes sivilstatus* ble det heller ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom denne uavhengige variabelen og barnets endringsskårer på noen av de avhengige variablene knyttet til barnet. Dette betyr at denne PMTO - behandlingen kan ha virket like effektivt for de barna som kun bodde med én av sine foreldre, som for de barna som bodde med begge foreldrene. Dette funnet var uventet, da tidligere forskning har vist at

barn som bodde med sammen med begge foreldrene sine, oppnådde bedre resultater ved endt foreldretrening, sammenlignet med barn som kun bodde sammen med én av foreldrene (Lundahl et al., 2005). Avslutningsvis ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom denne uavhengige variabelen og foreldrenes endringsskårer på de to utvalgte foreldreferdighetene i undersøkelsen. Dette kan indikere at aleneforeldre kan oppnå like gode resultater på disse to foreldreferdighetene i løpet av behandlingen, som de foreldrene som ikke er single.

Når det gjelder variabelen *type instans*, ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom denne variabelen og barnets/foreldrenes endringsskårer på noen av de avhengige variablene i undersøkelsen. Dette var noe uventet, da det var grunn til å anta at familiene som var tilknyttet Barnevernet under intervensjonen, ikke ville oppnå like gode resultater som familiene tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatrien. Dette resonnementet tok utgangspunkt i at de førstnevnte familiene ofte er mer belastet og kan oppleve mer stress i familien, enn de sistnevnte familiene, noe som kan medføre at denne gruppen av foreldre ikke klarer å tilegne seg og/eller bruke de strategier som det blir undervist i innenfor PMTO i like stor grad som de familiene som er tilknyttet BUP.

Som vi ser av tabell 2 viser *mors depresjon* en svak positiv korrelasjon med barnets endringsskåre innenfor utagerende atferd (målt med PDR) ( $r = .26, p < .05$ ). Dette kan indikere at de barna som har en mor som er deprimert (ved pretest) tenderer mot å endre seg i mindre grad i forhold til sin utagerende atferd i hjemmet under PMTO – behandlingen, enn de barna som har en mor som ikke er deprimert (ved pretest). Denne sammenhengen var ventet, da tidligere forskning har vist at depresjon, særlig hos mødre, er den mest betydningsfulle variabelen av karakteristikker ved foreldre som kan redusere utbyttet av foreldretreningsprogrammer (Reyno & McGrath, 2006). Sammenhengen var imidlertid beskjedent. Når barnets endringer i utagerende atferd var rapportert av foreldre ved bruk av et CBCL – skjema, ble det ikke funnet en signifikant forskjell mellom barnets endringsskåre og *mors depresjon*.

Resultatene i tabell 3 viser en sterk negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre innenfor *grad av utagerende atferd* (målt med PDR) og barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med PDR) ( $r = -.61, p < .01$ ). Dette betyr at de barna som har en høy

grad av utagerende atferd ved pretest tenderer mot å endre seg mer i forhold til utagerende atferd i hjemmet i løpet av intervensjonen, enn barn som har en noe lavere grad av utagerende atferd ved pretest. Videre er det en svak negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre innenfor *grad av utagerende atferd* (målt med PDR) og barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med CBCL) ( $r = -.26, p < .05$ ). Dette funnet er i samsvar med det førstnevnte funnet, men i dette tilfellet er sammenhengen mellom den aktuelle pretestskåren og barnets endringsskåre svak. Deretter viser resultatene i tabell 3 en svak negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre innenfor *grad av utagerende atferd* (målt med PDR) og barnets endringsskåre i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (målt med CBCL) ( $r = -.24, p < .05$ ). Det kan altså se ut til at de barna som har en høy grad av utagerende atferd ved pretest endrer seg ulikt, i en positiv forstand, i forhold til sine oppmerksomhetsvansker i hjemmet, fra de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker. Sammenhengen er imidlertid svak.

Tabell 3. Korrelasjoner mellom barnas pretestskårer innenfor eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker og barnas endringsskårer på de åtte avhengige variablene knyttet til barnets atferd/kompetanse. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå , \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå . Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL) og Akademisk kompetanse (AK).

Endringsskåre, avhengige variabler Pretestskåre, avhengige variabler		PE	CE	TE	CO	TO	SF	SL	AK
Eksternalisert atferd, PDR	r	-.61**	-.26*	-.06	-.24*	-.03	.04	.03	.005
	N	72	71	66	71	66	77	65	61
Eksternalisert atferd, CBCL	r	-.24*	-.51**	-.09	-.38**	.007	.06	.14	-.21
	N	72	72	67	72	67	78	66	62
Eksternalisert atferd, TRF	r	.08	-.01	-.54**	.15	-.27*	.01	.10	-.09
	N	67	66	67	66	67	72	66	62
Oppmerksomhets- vansker, CBCL	r	-.07	-.36**	.02	-.52**	-.08	.24*	.18	-.08
	N	72	72	67	72	67	78	66	62
Oppmerksomhets- vansker, TRF	r	-.06	-.13	-.33**	-.04	-.53**	.20	.31*	.10
	N	67	66	67	66	67	72	66	62

Barnets pretestskåre innenfor *grad av utagerende atferd* (målt med CBCL) viser en svak

negativ korrelasjon med barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med PDR) ( $r = -.24, p < .05$ ). Videre viser barnets pretestskåre på denne variabelen en sterk negativ korrelasjon med barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med CBCL) ( $r = -.51, p < .01$ ), og en moderat negativ korrelasjon med barnets endringsskåre i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (målt med CBCL) ( $r = -.38, p < .01$ ). Disse forskningsfunnene overensstemmer med de som ble funnet når barnets pretestskåre på denne variabelen var målt med PDR, selv om styrken av korrelasjonene er noe ulik.

Som vi ser av tabell 3 er det en sterk negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre innenfor *grad av utagerende atferd* (målt med TRF) og barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med TRF) ( $r = -.54, p < .01$ ). Barnets pretestskåre på denne variabelen korrelerer også svakt negativt med barnets endringsskåre i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (målt med TRF) ( $r = -.27, p < .05$ ). Dette kan indikere at de barna som har en høy grad av utagerende atferd før intervensjonen starter tenderer mot å endre seg i større grad i forhold til deres utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker på skolen i løpet av behandlingen, enn de barna som har en noe lavere grad av utagerende atferd ved pretest. Den sistnevnte korrelasjonen er imidlertid svak. Det ser altså ut til at når det er foreldrene som rapporterer om barnets atferd ved pretest, korrelerer pretestskårene kun med de endringsskårene i forhold til barnets atferd/kompetanse som blir rapportert av foreldrene, mens når det er læreren som rapporterer om barnets atferd ved pretest korrelerer pretestskårene kun med de endringsskårene som blir rapportert av læreren.

Resultatene i tabell 3 viser en moderat negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre i forhold til dets *grad av oppmerksomhetsvansker* (målt med CBCL) og barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med CBCL) ( $r = -.36, p < .01$ ). Barnets pretestskåre på denne variabelen korrelerer også sterkt negativt med barnets endringsskåre i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (målt med CBCL) ( $r = -.52, p < .01$ ). Dette indikerer at de barna som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest vil endre seg ulikt, i en positiv forstand, i forhold til både sin grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker i hjemmet, fra de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Videre korrelerer barnets pretestskåre på denne variabelen svakt positivt med barnets endringsskåre i forhold til dets sosiale kompetanse (målt med SSRS foreldre) ( $r = .24, p < .05$ ). Dette peker i retning av at de barna som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest vil endre seg mer i forhold til sine sosiale ferdigheter i hjemmet i løpet av behandlingen, enn

de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Korrelasjonen er imidlertid svak.

Barnets pretestskåre i forhold til dets *grad av oppmerksomhetsvansker* (målt med TRF) viser en moderat negativ korrelasjon med barnets endringsskåre innenfor grad av utagerende atferd (målt med TRF) ( $r = -.33, p < .01$ ). I tillegg er det en sterk negativ korrelasjon mellom barnets pretestskåre på denne variabelen og barnets endringsskåre i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (målt med TRF) ( $r = -.53, p < .01$ ). Vi finner det samme mønsteret her som ovenfor, nemlig at de barna som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest tenderer mot å endre seg i større grad i forhold til både sin utagerende atferd og grad av oppmerksomhetsvansker under behandlingen, enn de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker. Dog dreide det seg, i dette tilfelle, om barnets atferd på skolen. Det samme mønsteret gjør seg også gjeldende når det gjelder barnets endringsskåre i forhold til dets sosiale kompetanse, der resultatene i tabell 3 viser en moderat positiv korrelasjon mellom denne endringsskåren (målt med SSRS lærer) og barnets pretestskåre i forhold til dets *grad av oppmerksomhetsvansker* (målt med TRF) ( $r = .31, p < .05$ ). Dette indikerer at de barna som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest har en tendens til å endre seg mer i forhold til sine sosiale ferdigheter på skolen i løpet av intervensjonen, enn de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker.

Tabell 4. Korrelasjon mellom foreldrenes endringsskårer innenfor positiv grensesetting og problemløsning og barnas endringsskårer på de åtte avhengige variablene knyttet til barnets atferd/kompetanse. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå, \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå. Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL) og Akademisk kompetanse (AK).

Endringsskårer ift. barnets atferd/kompetanse		PE	CE	TE	CO	TO	SF	SL	AK
Endringsskårer ift. de 2 foreldre – ferdighetene									
Positiv grensesetting	r	-.11	-.02	.000	.03	.06	.08	-.14	-.08
	N	60	57	54	57	54	63	53	49
Problemløsning	r	-.09	-.05	.11	-.18	.14	.10	-.12	-.31*
	N	59	55	52	55	52	61	51	47



Som vi ser av tabell 4 ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom foreldrenes endringsskåre innenfor *positiv grensesetting* og barnets endringsskåre innenfor noen av de avhengige variablene i undersøkelsen. Dette funnet var noe uventet, da det ikke overensstemmer med funn fra tidligere forskning.

Resultatene i tabell 4 viser en moderat negativ korrelasjon mellom foreldrenes endringsskåre innenfor *problemløsning* og barnets endringsskåre innenfor akademisk kompetanse ( $r = -.31$ ,  $p < .05$ ). Dette indikerer at de barna som har foreldre som gjennomgår store forbedringer innenfor foreldreferdigheten problemløsning under intervensjonen, vil oppnå en høyere endringsskåre innenfor akademisk kompetanse ved posttest, enn de barna som har foreldre som gjennomgår få forandringer innenfor denne foreldreferdigheten.

## 6.2 Resultater fra variansanalysen

*Barnets kjønn, foreldrenes utdanning, foreldrenes sivilstatus, trygd/ikke trygd og type instans* ble lagt inn som uavhengige variabler i en variansanalyse (ANOVA). Variabelen *foreldrenes utdanning* ble tatt med i variansanalysen, selv om ikke denne uavhengige variabelen viste seg å korrelere med noen av de avhengige variablene i korrelasjonsanalysen, da det gjennom variansanalysen er mulig å se om det er en signifikant forskjell mellom de ulike gruppene innenfor utdanning i forhold til deres gjennomsnitt på de avhengige variablene.

Korrelasjonsanalysen kunne kun fortelle oss om det var en signifikant forskjell mellom høy versus lav utdanning i forhold til endringsskåre på de avhengige variablene. Videre ble variablene *foreldrenes sivilstatus* og *type instans* tatt med i variansanalysen, selv om ikke disse korrelerte med noen av de avhengige variablene i korrelasjonsanalysen, for å kontrollere om variansanalysen ga oss samme resultater som korrelasjonsanalysen. Til slutt ble variabelen *trygd/ikke trygd* tatt med i denne analysen, da denne variabelen kan hevdes å være nært knyttet til *familiens inntekt*, som i sin tur viste seg å korrelere med barnets endringer i forhold til dets grad av eksternalisert atferd (TRF), sosial kompetanse (SSRS foreldre) og oppmerksomhetsvansker (TRF). De uavhengige variablene ble behandlet som "fixed factors" i denne analysen. De ti avhengige variablene som ble brukt i den første korrelasjonsanalysen ble lagt inn som avhengige variabler i variansanalysen.

*Barnets kjønn* var kodet til gutt = 0 og jente = 1. Dermed omfattet gruppe 1 gutter og gruppe 2 jenter. Som det fremgår av tabell 5 er det en statistisk signifikans på  $p < .05$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til barnets endringer i akademisk kompetanse:  $F(1, 60) = 8.94$ ,  $p = .004$ . Effektstørrelsen, som er uttrykt i eta kvadrert, ble beregnet til å være = .13. Denne forskjellen er tilnærmet stor, i følge Cohens (1988) inndelinger. Analysen viste følgende gjennomsnittsskårer for de to ulike gruppene: Gruppe 1 ( $M = .08$ ,  $SD = .41$ ) og Gruppe 2 ( $M = -.45$ ,  $SD = .44$ ). Dette indikerer at guttene oppnådde større forandringer i forhold til sin akademiske kompetanse under PMTO - behandlingen, sammenlignet med jentene. Imidlertid var det få jenter som deltok i studien ( $n = 14$ ), og enda færre som fikk oppgitt en endringsskåre innenfor akademisk kompetanse ( $n = 6$ ), slik sett er det vanskelig å vite om dette er et reelt funn.

Som vi ser av tabell 5 var det en statistisk signifikans på  $p < .10$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til barnets endringer i utagerende atferd (målt med CBCL):  $F(1, 70) = 2.65$ ,  $p = .108$ . Effektstørrelsen ble beregnet til å være = .04. Denne er, i følge Cohen (1988), liten. Analysen viste følgende gjennomsnittsskårer for de to ulike gruppene: Gruppe 1 ( $M = -11.79$ ,  $SD = 15.10$ ) og Gruppe 2 ( $M = -20.64$ ,  $SD = 20.93$ ). Det ser ut til at jentene oppnådde større forbedringer i forhold til sin utagerende atferd under behandlingen, sammenlignet med guttene. Imidlertid var det, som nevnt, få jenter som deltok i studien ( $n = 14$ ), og noe færre som fikk oppgitt en endringsskåre innenfor utagerende atferd ( $n = 10$ ), slik at det, også her, er vanskelig å vite om dette funnet er reelt eller ikke.

Tabell 5. Signifikante forskjeller for kjønn. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge kjønn er  $F = F$ -test,  $p$ -verdi og  $(\text{Eta})^2$  = eta kvadrert (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)).  $N = \text{Gr.1} = 56$  på akademisk kompetanse, = 62 på eksternalisert atferd og =56 på positiv grensesetting.  $\text{Gr.2} = 6$  på akademisk kompetanse, =10 på eksternalisert atferd og =10 på positiv grensesetting.

Avhengig variabel	Gjennomsnitt (SD)		ANOVA		
	Gruppe 1	Gruppe 2	F	p	(Eta) <sup>2</sup>
Akademisk kompetanse	.08 (.41)	-.45 (.44)	8.94	.004	.13
Eksternalisert atferd (CBCL)	-11.79 (15.10)	-20.64 (20.93)	2.65	.108	.04
Positiv grensesetting	-.06 (1.07)	-.80 (1.74)	3.32	.07	.05

Videre viser resultatene i tabell 5 en statistisk signifikans på  $p < .10$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til foreldrenes endringer i positiv grensesetting:  $F(1, 64) = 3.32, p = .07$ . Effektstørrelsen ble beregnet til å være  $= .05$ . Denne forskjellen er, i følge Cohen (1988), tilnærmet moderat. Analysen viste følgende gjennomsnittsskårer for de to ulike gruppene: Gruppe 1 ( $M = -.06, SD = 1.07$ ) og Gruppe 2 ( $M = -.80, SD = 1.74$ ). Dette indikerer at de foreldrene som hadde døtre med ADHD og alvorlige atferdsproblemer oppnådde større forandringer i forhold til deres ferdigheter innenfor positiv grensesetting i løpet av intervensjonen, sammenlignet med de foreldrene som hadde sønner med samme vansker. Imidlertid er det, også i dette tilfellet, vanskelig å vite om dette funnet er reelt, da det var få jenter i utvalget.

Foreldrene ble delt inn i seks grupper ut ifra det utdanningsnivå de hadde oppgitt i starten av intervensjonen: Gruppe 1 = 7 – årig folkeskole, Gruppe 2 = ungdomsskole eller tilsvarende (9 – årig eller 10 – årig), Gruppe 3 = videregående skole – yrkesfag eller tilsvarende (minimum 11), Gruppe 4 = videregående skole – allmennfag eller tilsvarende (minimum 11), Gruppe 5 = høyskole eller enkeltfag ved universitetet og Gruppe 6 = universitetsutdanning eller vitenskapelig høyskole. Kodingen ble utført slik at hver gruppe beholdt det nummeret de hadde fra den tidligere inndelingen. Da gruppe 1 kun bestod av en familie ble denne gruppen ekskludert i analysen. Som vi ser av tabell 6 er det en statistisk signifikans på  $p < .05$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til barnets endringer i eksternalisert atferd (rapportert av lærer):  $F(4, 61) = 2.56, p = .05$ . Effektstørrelsen ble beregnet til å være  $= .17$ . Denne er, i følge Cohen (1988), stor. Post hoc testen indikerte at gjennomsnittsskåren til Gruppe 3 ( $M = 1.90, SD = 16.32$ ) var signifikant ulik fra den til Gruppe 5 ( $M = -14.62, SD = 17.47$ ). Gruppe 2 ( $M = -9.81, SD = 20.11$ ), Gruppe 4 ( $M = -2.85, SD = 14.24$ ) og Gruppe 6 ( $M = -5.22, SD = 17.61$ ) sine gjennomsnittsskårer var ikke signifikant ulik fra noen av de andre gruppene sine.

Resultatene i tabell 6 viser en statistisk signifikans på  $p < .10$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til barnets endringer innenfor grad av oppmerksomhetsvansker (målt med TRF):  $F(4, 61) = 2.09, p = .09$ . Styrkeeffekten var på  $(\eta^2) = .12$ . Denne forskjellen er, i følge Cohen (1988), tilnærmet stor. Post hoc testen indikerte at gjennomsnittsskåren til Gruppe 3 ( $M = 1.29, SD = 7.83$ ) var signifikant ulik fra den til Gruppe 5 ( $M = -5.38, SD = 5.7$ ). Gruppe 2 ( $M = -1.60, SD = 3.68$ ), Gruppe 4 ( $M = -.72, SD = 8.75$ ) og Gruppe 6 ( $M = -2.00, SD = .$ ) sine

gjennomsnittsskårer var ikke signifikant ulike fra noen av de andre gruppene sine.

Tabell 6. Signifikante forskjeller for utdanning. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge kjønn er  $F = F$ -test,  $p$ -verdi og  $(\text{Eta})^2 = \text{eta kvadrert}$  (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)).  $N = \text{Gr.2} = 11$ ,  $\text{Gr.3} = 22$ ,  $\text{Gr.4} = 16$ ,  $\text{Gr.5} = 16$ ,  $\text{Gr.6} = 1$  på både eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker.  $\text{Gr.2} = 10$ ,  $\text{Gr.3} = 23$ ,  $\text{Gr.4} = 15$ ,  $\text{Gr.5} = 17$ ,  $\text{Gr.6} = 1$  på positiv grensesetting.

Avhengig var.	Gjennomsnitt (SD)					ANOVA		
	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6	F	p	$(\text{Eta})^2$
Eksternalisert atferd (TRF)	-9.81(20.11)	1.90(16.32)	-2.85(14.24)	-14.62(17.47)	-5.22(17.61)	2.56	.05	.17
Oppmerksomhetsvansker (TRF)	-1.60(3.68)	1.29(7.83)	-.72(8.75)	-5.83(5.7)	-2.00(.)	2.09	.09	.12
Positiv grensesetting	.10(1.17)	-.75(1.24)	.22(1.05)	-.005(1.10)	1.58(.)	2.70	.04	.15

Som det fremgår av tabell 6 var det en statistisk signifikans på  $p < .05$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til foreldrenes endringer i positiv grensesetting:  $F(4, 61) = 2.70$ ,  $p = .04$ . Effektstørrelsen ble beregnet til å være  $(\text{Eta})^2 = .15$ . Denne forskjellen er, i følge Cohen (1988), stor. Post hoc testen viste følgende gjennomsnittsskårer for de ulike gruppene: Gruppe 2 ( $M = .10$ ,  $SD = 1.17$ ), Gruppe 3 ( $M = -.75$ ,  $SD = 1.24$ ), Gruppe 4 ( $M = .22$ ,  $SD = 1.05$ ), Gruppe 5 ( $M = -.005$ ,  $SD = 1.10$ ) og Gruppe 6 ( $M = 1.58$ ,  $SD = .$ ). Post hoc testen viste, merkelig nok, at ingen av gruppene gjennomsnittsskårer var signifikant ulik fra noen av de andre gruppene sine.

*Foreldrenes sivilstatus* var kodet til aleneforelder = 0 og ikke aleneforelder = 1. ANOVA viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppene gjennomsnitt på noen av de avhengige variablene i undersøkelsen. Resultatene ga altså ingen indikasjoner på at antallet foreldre i familien hadde betydning for familiens utbytte av denne PMTO – behandlingen.

Variabelen *trygd/ikke trygd* var kodet til familier som mottok trygd = 1 og familier som ikke mottok trygd = 2, hvorav gruppe 1 omfattet de som mottok trygd under intervensjonen og gruppe 2 de som ikke mottok trygd. Resultatene i tabell 7 viser en statistisk signifikans på  $p < .10$  nivå mellom de ulike gruppene i forhold til barnets endringer i eksternalisert atferd (rapportert av lærer):  $F(1, 62) = 2.70$ ,  $p = .105$ . Styrkeeffekten var på  $(\text{Eta})^2 = .04$ . Denne

forskjellen er, i følge Cohen (1988), liten. Analysen viste følgende gjennomsnittsskårer for de ulike gruppene: Gruppe 1 ( $M = .35$ ,  $SD = 16.47$ ) og Gruppe 2 ( $M = -7.46$ ,  $SD = 17.70$ ). Ut ifra disse gjennomsnittsskårene ser det ut til at de barna som hadde foreldre som ikke mottok trygd under intervensjonen oppnådde større forandringer i forhold til sin utagerende atferd på skolen i løpet av behandlingen, enn de barna som hadde foreldre som mottok trygd under intervensjonen. Effektstørrelsen er imidlertid svak.

Tabell 7. Signifikante forskjeller for trygd/ikke trygd. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge kjønn er F = F-test, p-verdi og (Eta)<sup>2</sup> = eta kvadrert (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)). N = Gr.1 = 19 og Gr.2 = 45.

Avhengig variabel	Gjennomsnitt (SD)		ANOVA		
	Gruppe 1	Gruppe 2	F	p	(Eta) <sup>2</sup>
Eksternalisert atferd (TRF)	.35 (16.47)	-7.46 (17.70)	2.70	.105	.04

Variabelen *type instans* var kodet til familier som var tilknyttet Barnevernet = 1 og familier som var tilknyttet BUP = 2. ANOVA viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppenes gjennomsnitt på noen av de avhengige variablene i undersøkelsen. Resultatene ga altså ingen indikasjoner på at hvilken type instans familien var tilknyttet under intervensjonen hadde betydning for familiens utbytte av denne PMTO – behandlingen.

## 7. DISKUSJON

Som nevnt i kapittel to forventes barn som oppfyller kriteriene for både ADHD og Atferdsforstyrrelse å oppleve flere vansker på ulike arenaer sammenlignet med de som kun har ADHD (Moffitt & Scott, 2009). Videre er denne gruppen av barn mer utsatt for å utvikle antisosial atferd tidlig i livet (Barkley, 2006). Kazdin (2001) hevder at over 80 % av disse barna vil få en psykiatrisk lidelse som voksen. I tillegg kan vanskene som starter i barndommen føre til en økt risiko for selvmord i voksen alder (Mc Ardle, 2007). Å kunne legge til rette på best mulig måte for hvert enkelte barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer og deres familie, er avgjørende for å kunne stoppe en antisosial utvikling hos barnet. Ett av tiltakene som har vist seg å være effektivt for barn med alvorlige atferdsproblemer er, som nevnt, Parent Management Training – Oregon (Ogden & Amlund Hagen, 2008). MTA – studien viste at de barna som hadde både ADHD og ODD/CD oppnådde lignende resultater ved endt atferdsbehandling, som inkluderte en foreldretreningskomponent, som de barna som kun hadde ADHD (Hinshaw, 2007). Dermed var det grunn til å anta at PMTO ville være effektivt også for barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer.

Et formål med denne oppgaven har vært å studere noen utvalgte faktorer ved barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer og deres foreldre, som kan tenkes å påvirke utfallet ved en PMTO – intervensjon. Oppgaven har også hatt som formål å undersøke om endring av foreldrenes ferdigheter innenfor positiv grensesetting og problemløsning, som er to av de fem foreldreferdighetene innenfor PMTO, fører til positiv endring av andre utfall. Økt kunnskap om hvilke faktorer som påvirker utfallet ved en foreldretreningsintervensjon, vil kunne gi en bedre forståelse av hvorfor enkelte familier oppnår bedre resultater, enn andre familier som har barn med de samme vanskene.

Det ble først utført en korrelasjonsanalyse, og der det ble funnet signifikante forskjeller mellom de uavhengige kategoriske variablene og de avhengige variablene ble det også utført en enveis ANOVA i form av F – tester. Post hoc tester ble brukt ved flere enn to kategorier for å avdekke hvilke av gjennomsnittene som var signifikant forskjellige.

Korrelasjonsanalysen viste en signifikant forskjell mellom *barnets kjønn* og barnets endringer

innenfor akademisk kompetanse. Variasjonsanalysen viste at guttene oppnådde større forandringer, på denne variabelen, under intervensjonen, enn jentene. Dette funnet var relativt ventet, da de intervensjonene som brukes i dag er utledet fra den forskningen som finnes på feltet, der forskningen i sin tur ofte er basert på kliniske utvalg med en klar overvekt av gutter (Duvner, 2004). Videre viste korrelasjonsanalysen en marginal signifikant forskjell mellom *barnets kjønn* og både barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd (rapportert av foreldre) og foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting. Variasjonsanalysen viste at jentene oppnådde bedre resultater i forhold til deres grad av eksternalisert atferd i løpet av intervensjonen, enn guttene. Videre viste denne analysen at de foreldrene som hadde døtre med ADHD og alvorlige atferdsproblemer oppnådde flere endringer i forhold til deres ferdigheter innenfor positiv grensesetting i løpet av intervensjonen, sammenlignet med de foreldrene som hadde sønner med de samme vanskene. Disse funnene var noe uventet. Avslutningsvis er det mulig at resultatene kunne ha blitt annerledes, hvis utvalget hadde bestått av flere jenter, enn det som var tilfellet i denne undersøkelsen.

I følge korrelasjonsanalysen ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *barnets alder* og barnets endringsskårer innenfor noen av de avhengige variablene knyttet til barnet. I tillegg var det ingen signifikante forskjeller mellom verken *barnets alder* og foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting eller *barnets alder* og foreldrenes endringer innenfor problemløsning. Disse funnene var noe uventet, da de ikke samsvarer med funn fra de tidligere studiene som jeg har sett nærmere på. Dishion og Patterson (1992) sammenlignet effektiviteten av foreldretrening på tvers av aldre, og fant at denne type behandlingsform var mer effektiv for yngre barn. Lignende funn er blitt gjort av Ogden og Amlund Hagen (2008) som i sin effektivitetsstudie av PMTO fant at de barna med alvorlige atferdsproblemer, som var yngre enn åtte år under intervensjonen, oppnådde bedre resultater på flere av de målte variablene, sammenlignet med barna i den eldre aldersgruppen (8-12 år). Motsvarende funn er blitt rapportert av Corcoran og Dattalo (2006), som i sin meta - analyse undersøkte eventuelle moderatorer i 16 studier som omfattet foreldreinvolvering ved behandling av barn med ADHD. Analysen viste at jo eldre barnet var under intervensjonsprosessen, desto bedre resultater oppnådde barnet som følge av foreldretreningen. Selv om de ovennevnte studiene ikke rapporterte om samme funn i forhold til yngre og eldre barn har de til felles at variabelen *barnets alder* hadde en innvirkning på utfallet ved foreldretrening.

Når yngre barn med alvorlige atferdsproblemer oppnår bedre resultater som følge av en foreldretreningsintervensjon, som var tilfelle i studiene til Ogden og Amlund Hagen og Dishion og Patterson, kan dette bero på at samspillmønsteret i familier med eldre barn med disse vanskene ofte er preget av mer tvingende og fastlåste samspill, enn det en kan forvente å finne hos familier med yngre barn. Når eldre barn med ADHD oppnår bedre resultater som følge av foreldretrening, som var tilfelle i Corcoran og Dattalo sin studie, kan dette være en konsekvens av at de eldre barna viser en større forståelse for bruk av belønningsskjema, privilegietap og ”time – out”, og at de derfor utvikler positiv atferd raskere enn de yngre barna. Hvorfor *barnets alder* ikke hadde en innvirkning på utfallet i denne undersøkelsen kan en kun spekulere i, men en grunn til dette kan være at barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer opplever flere vansker på ulike arenaer sammenlignet med barn som kun har en av lidelsene, noe som kan ha hatt en innvirkning på resultatet. Dessuten var det en relativt klar overvekt av eldre barn i denne undersøkelsen, noe som gjør det vanskelig å generalisere resultatene. Avslutningsvis bør det nevnes at det var en marginal signifikant forskjell mellom *barnets alder* og foreldrenes endringer innenfor både positiv grensesetting og problemløsning, der foreldre som hadde yngre barn tenderte mot å endre seg mer innenfor disse to foreldreferdighetene, enn foreldre som hadde eldre barn.

Ut ifra korrelasjonsanalysen kunne vi se at de barna som hadde en *høy grad av utagerende atferd* ved pretest tenderte mot å endre seg mer i forhold til deres utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker i løpet av foreldretreningen, enn de barna som hadde en lav grad av utagerende atferd ved pretest. Dette funnet var gjeldende uavhengig om det var foreldrene eller læreren som rapporterte om barnets atferd ved pre- og posttest. Disse funnene var ventet, da en meta – analyse utført av Lundahl og medarbeidere (2005) viste at barn med klinisk signifikante nivåer av eksternalisert atferd ved pretest, gjennomgikk en større positiv forandring i forhold til deres grad av eksternalisert atferd i løpet av foreldretreningen, sammenlignet med barn som viste en lavere grad av utagerende atferd ved pretest. I tillegg viste meta – analysen at de barna som hadde både alvorlige atferdsproblemer og symptomer på ADHD oppnådde bedre resultater i form av færre atferdsproblemer og færre symptomer på ADHD, som følge av foreldretreningen, enn de barna som kun hadde alvorlige atferdsproblemer.

*Barnets grad av eksternalisert atferd* ved pretest korrelerte ikke med barnets endringer i forhold til dets sosiale kompetanse. Dette var noe uventet, da det er rimelig å anta at barn som



har en høy grad av utagerende atferd ved pretest ikke vil oppnå like gode resultater i forhold til deres sosiale kompetanse, ved posttest, som barn som har en lav grad av utagerende atferd ved pretest. Høy grad av utagerende atferd kan hevdes å være nært knyttet til lav sosial kompetanse (Sørli, Amlund Hagen & Ogden, 2008), noe som betyr at det vil ta lengre tid å opparbeide seg høy sosial kompetanse for de barna med høy utagerende atferd ved pretest, enn for de med lav utagerende atferd. Imidlertid vil de barna som har en lav grad av utagerende atferd ved pretest mest sannsynlig inneha en relativt høy grad av sosial kompetanse ved pretest, slik at deres forbedringsnivå, i forhold til deres sosiale ferdigheter, ikke vil overstige det forbedringsnivå som de barna med høy utagerende atferd ved pretest vil oppnå. Dermed vil heller ikke grad av utagerende atferd ved pretest korrelere med barnets endringer i forhold til dets grad av sosial kompetanse.

Videre korrelerte *barnets grad av eksternalisert atferd* ved pretest ikke med barnets endringer i forhold til dets akademiske kompetanse. Dette funnet var også noe uventet, da det er rimelig å anta at barn som har en høy grad av utagerende atferd ved pretest ikke vil oppnå like gode resultater i forhold til deres akademiske kompetanse, ved posttest, som barn som har en lav grad av utagerende atferd ved pretest. Imidlertid kan det samme resonnementet, som er blitt brukt ovenfor i forhold til barnets sosiale kompetanse, også brukes i forbindelse med dette funnet. Det vil si at de barna som har en lav grad av utagerende atferd ved pretest mest sannsynlig vil inneha en relativt høy grad av akademisk kompetanse ved pretest, slik at deres forbedringsnivå, i forhold til deres grad av akademisk kompetanse, ikke vil overstige det forbedringsnivå som de barna med høy grad av utagerende atferd ved pretest vil oppnå. Det at barn med en høy grad av utagerende atferd kan oppnå like gode resultater i form av forbedret sosial og akademisk kompetanse, som følge av en PMTO - behandling, som barn med en lav grad av utagerende atferd kan betraktes som et viktig funn i denne undersøkelsen.

Korrelasjonsanalysen viste at de barna som hadde store oppmerksomhetsvansker ved pretest tenderte mot å endre seg mer i forhold til deres grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker i løpet av intervensjonen, enn de barna som hadde en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Disse funnene var gjeldende både når det var foreldrene som rapporterte om barnets atferd ved pre- og posttest, og når det var læreren som rapporterte om barnets atferd ved pre- og posttest. Funnene var ventet, da en tidligere studie som jeg har sett nærmere på viste at de barna med ADHD og alvorlige atferdsproblemer, som viste de mest alvorlige symptomene av ADHD ved pretest, var de som oppnådde de største

forbedringene i forhold til deres grad av oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet i løpet av foreldretreningen (Jones et al., 2007).

Barnets *grad av oppmerksomhetsvansker* viste seg å korrelere med barnets endringer i forhold til dets sosiale kompetanse, der de barna som hadde store oppmerksomhetsvansker ved pretest endret seg ulikt, i en negativ forstand, i forhold til sine sosiale ferdigheter både i hjemmet og på skolen, fra de som hadde en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Det ser altså ut til at de barna som hadde en høy grad av utagerende atferd ved pretest oppnådde like gode resultater i forhold til sine sosiale ferdigheter i hjemmet og på skolen i løpet av PMTO - intervensjonen, som de barna som hadde en lav grad av utagerende atferd, mens de barna som hadde store oppmerksomhetsvansker ved pretest ikke oppnådde de samme resultatene innenfor sosial kompetanse, som de barna som hadde en mildere grad av oppmerksomhetsvansker. Dette kan bety at barn med en høy grad av utagerende atferd oppnår gode sosiale ferdigheter raskere, som følge av en PMTO - intervensjon, enn barn med store oppmerksomhetsvansker. Forklaringen kan ligge i at det vil ta lenger tid for barnet som har store oppmerksomhetsvansker til å utvikle sin sosiale kompetanse, da muligheten til dette svekkes av barnets hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (Duvner, 2004). Korrelasjonen mellom *barnets grad av oppmerksomhetsvansker* og barnets endringer innenfor sosial kompetanse var imidlertid svak, og det vil dermed være rimelig å anta at forskjellen mellom barn med store oppmerksomhetsvansker og barn med en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ikke er så stor.

Videre viste korrelasjonsanalysen ingen signifikante forskjeller mellom *barnets grad av oppmerksomhetsvansker* ved pretest og barnets endringer i forhold til dets akademiske kompetanse. Dette var noe uventet, da det er rimelig å anta at barn som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest ikke vil oppnå like gode resultater i forhold til deres akademiske kompetanse i løpet av intervensjonen, som barn som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Når barnet har store oppmerksomhetsvansker kan dette ofte føre til at barnets akademiske kompetanse er lav. Dermed ville det mest sannsynlig ta lenger tid å opparbeide seg god akademisk kompetanse for de barna som har store oppmerksomhetsvansker ved pretest, enn for de barna som har en mildere grad av oppmerksomhetsvansker. Imidlertid vil de barna med en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest ha en større sjanse til å inneha en relativt høy akademisk kompetanse ved pretest, slik at deres forbedringsnivå i forhold til deres akademiske

kompetanse ikke vil overstige det forbedringsnivå som de barna med store oppmerksomhetsvansker ved pretest vil oppnå. Dermed vil ikke grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest korrelere med barnets endringer i forhold til dets grad av akademisk kompetanse. Det at barn med store oppmerksomhetsvansker kan oppnå like gode resultater i forhold til deres akademiske kompetanse, som følge av en PMTO - intervensjon, som barn med en mildere grad av oppmerksomhetsvansker, kan betraktes som et viktig funn i denne undersøkelsen.

Korrelasjonsanalysen viste en negativ korrelasjon mellom *barnets grad av angst/depresjon* (ved pretest) og barnets endringer i forhold til både dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker. Dette betyr at de barna som hadde en høy grad av angst/depresjon ved pretest tenderte mot å endre seg mer i forhold til deres grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker i løpet av foreldretreningen, enn de barna som hadde en lav grad av angst/depresjon. Disse funnene var ventet, da de overensstemte med funn fra en tidligere studie som jeg har valgt å se nærmere på. Den store MTA – studien viste, som nevnt, at barn som hadde både ADHD og en angstlidelse oppnådde bedre resultater ved atferdsbehandling, som inkluderte en foreldretreningskomponent, sammenlignet med barn som kun hadde ADHD (Hinshaw, 2007). Atferdsbehandlingen inkluderte, i tillegg til foreldretreningen, både behandling med fokus på barnet og en skolebasert intervensjon (ibid). Ut ifra dette kan vi se at selv om både utvalg og antall intervensjonstyper varierte mellom denne undersøkelsen og MTA – studien var resultatene de samme. Det at alle barna i denne undersøkelsen hadde alvorlige atferdsproblemer i tillegg til ADHD hadde altså ingen innvirkning på resultatet. Videre hadde inndelingen av angst og depresjon i samme kategori, slik det var blitt gjort i denne undersøkelsen, ikke en innvirkning på resultatet. I tillegg var resultatene de samme selv om det kun ble brukt foreldretrening som intervensjon i denne undersøkelsen, mens det ble brukt tre ulike intervensjonstyper for den aktuelle gruppen i MTA – studien. Disse funnene må betraktes som viktige, da de viser at barn som har ADHD, alvorlige atferdsproblemer og en høy grad av angst/depresjon vil profitte, i stor grad, på foreldretrening.

Fra korrelasjonsanalysen framkom en ventet negativ korrelasjon mellom *familiens inntekt* og barnets endringer i utagerende atferd (rapportert av lærer). I tillegg var det en negativ korrelasjon mellom *familiens inntekt* og barnets endringer i forhold til dets grad av oppmerksomhetsvansker (rapportert av lærer). Disse funnene overensstemmer med hypotesen i kapittel fire, der det ble antatt at høy inntekt ville medføre til store endringer hos barnet. Når

høy inntekt blir nært knyttet til høy utdanning, overensstemmer funnene også med funn fra den store MTA - studien. Studien viste at barn som hadde foreldre med høy utdanning gjennomgikk større forbedringer i form av færre symptomer på hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker ved en kombinert behandling, sammenlignet med enten kun medisiner, kun atferdsbehandling eller en behandling gitt av den bydelen barna bodde i (Rieppi et al., 2002). Den kombinerte behandlingen bestod av foreldretrening, en behandling med fokus på barnet og en skolebasert intervensjon samt medisiner av barna. Videre viste studien at barn som hadde foreldre med lav utdanning profiterte i like stor grad på alle de fire ulike intervensjonene. Rieppi og medarbeidere forklarer dette funnet med at de foreldrene som hadde høy utdanning lettere kunne ta til seg de strategier og verktøy som ble introdusert i forbindelse med foreldretreningen, enn de foreldrene som hadde lav utdanning, og at det var derfor barna som hadde foreldre med høy utdanning oppnådde bedre resultater ved denne intervensjonstypen. Da det er vist at stress hos omsorgsgiverne påvirker overskudd og motivasjon for å være effektive foreldre (Ogden, 2009), kan dette være forklaringen på at foreldre med høy utdanning og høy inntekt lettere klarer å ta til seg det som blir lært bort i forbindelse med foreldretreningen, da denne gruppen av foreldre, mest sannsynlig, ikke vil oppleve like mye stress som foreldre med lav utdanning og lav inntekt. Avslutningsvis ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *familiens inntekt* og barnets endringer verken i forhold til dets grad av utagerende atferd eller oppmerksomhetsvansker når disse endringene var oppgitt av foreldrene.

Videre viste analysen at når *familiens inntekt* var høy så oppnådde barnet større forbedringer i forhold til dets grad av sosial kompetanse (rapportert av foreldre) ved posttest, enn hvis inntekten i familien var lav. Hvorfor høy inntekt er positivt relatert til barnets forbedring av dets sosiale ferdigheter i hjemmet, men ikke til barnets endringer innenfor sosial kompetanse på skolen kan en kun spekulere i. Videre er det vanskelig å forklare hvorfor høy inntekt er positivt knyttet til barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker på skolen, men ikke til barnets endringer innenfor de to ovennevnte variablene i hjemmet. Imidlertid var alle de tre ovennevnte korrelasjonene svake, slik at det ser ut til at *familiens inntekt*, totalt sett, ikke hadde en så stor innvirkning på de endringene som barnet oppnådde under denne PMTO – behandlingen.

Selv om *foreldrenes utdanning* ikke viste seg å korrelere med noen av de avhengige variablene i korrelasjonsanalysen, ble denne variabelen, som nevnt, likevel tatt med i variansanalysen. Denne analysen viste en statistisk signifikans mellom de ulike gruppenes gjennomsnittsskårer på barnets endringer innenfor grad av oppmerksomhetsvansker (målt med TRF). Post hoc testen viste at barn av foreldre som enten hadde en høyskoleutdanning eller enkeltfag fra universitetet oppnådde de største forandringene i form av færre symptomer på oppmerksomhetsvansker under intervensjonen, mens barn av foreldre som hadde en yrkesfaglig utdanning fra videregående skole oppnådde de minste forandringene på denne variabelen. Videre viste variansanalysen en statistisk signifikans mellom de ulike gruppenes gjennomsnittsskårer på barnets endringer innenfor utagerende atferd (målt med TRF). Post hoc testen viste, som ved ovennevnte funn, at barn av foreldre som enten hadde en høyskoleutdanning eller enkeltfag fra universitetet oppnådde de største forandringene i form av færre atferdsproblemer under PMTO - behandlingen, mens barn av foreldre som hadde en yrkesfaglig utdanning fra videregående skole oppnådde de minste forandringene på denne variabelen.

Disse funnene stemmer delvis overens med resultatene fra de tidligere studiene som jeg har undersøkt nærmere. Som nevnt viste studien til Rieppi og kollegaer (2002) at foreldre som hadde høy utdanning lettere kunne ta til seg de strategier og verktøy som ble introdusert ved foreldretrening, sammenlignet med foreldre som hadde lav utdanning. Lignende funn finner vi i Wahler og Afton (1980) sin studie, som viste at mødre som hadde høy utdanning trengte færre økter med foreldretrening for å oppnå positive behandlingsutfall, sammenlignet med mødre med lav utdanning. Hvis resultatet fra denne undersøkelsen ville ha vært helt forenlig med resultatene fra de to ovennevnte studiene ville barn av foreldre med enten universitetsutdanning eller utdanning fra vitenskapelig høyskole ha oppnådd de største endringene på de to ovennevnte variablene under denne foreldretreningen, mens barn som hadde foreldre som kun hadde 9-årig ungdomsskole ville ha oppnådd færrest endringer. Hvorfor resultatene fra denne undersøkelsen overensstemmer kun delvis med resultatene fra de tidligere studiene kan en kun spekulere i. En årsak til dette kan være at i den gruppen av barn der høy utdanning hos foreldrene viste seg å fungere som en moderator for behandlingsutfallet i den store MTA – studien, som Rieppi og medarbeidere brukte data fra i deres undersøkelse, ble det gitt en behandling med fokus på barnet og en skolebasert intervensjon, i tillegg til foreldretreningen. I tillegg ble barna i den aktuelle gruppen

medisinert under intervensjonens gang. Dermed er det meget vanskelig å vite om de foreldrene som hadde høy utdanning klarte å tilegne seg/bruke de strategier som ble lært bort i forbindelse med foreldretreningen i en større grad enn de foreldrene med lav utdanning, heller om denne gruppen av foreldre var flinkere til å følge opp barnets medisinbruk. En nøye oppfølging av barnas medisinerings kan ha ført til at barna viste færre symptomer på hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker. Imidlertid viste resultatene i Wahler og Afton sin studie det samme som resultatene i Rieppi og kollegaer sin studie, selv om foreldretrening var den eneste intervensjonsformen som ble brukt i den førstnevnte studien.

En annen årsak til at resultatet fra denne undersøkelsen og resultatet fra Rieppi og medarbeidere sin studie viste seg å være forskjellige kan skyldes utvalget. Av de barna som medvirket i MTA – studien var det kun 24,7 % som hadde både ADHD og alvorlige atferdsproblemer, mens alle barna hadde begge lidelsene i utvalget i denne undersøkelsen. Dette kan ha hatt en innvirkning på behandlingsutfallet, da barn som har begge lidelsene vil, som nevnt, oppleve flere vansker på ulike arenaer, enn de som kun har en av lidelsene. Dette vil igjen kunne føre til at det vil ta lenger tid for barna med begge lidelsene å oppnå gode resultater, i form av reduserte symptomer på ADHD, uavhengig om foreldrene deres har høy eller lav utdanning. Imidlertid så vi, i forhold til resultatene fra denne undersøkelsen, en tendens til at barn som hadde foreldre med høy utdanning gjennomgikk fler endringer i forhold til deres grad av oppmerksomhetsvansker og utagerende atferd, enn barn som hadde foreldre med lav utdanning. Avslutningsvis viste variansanalysen en statistisk signifikans mellom de ulike gruppene gjennomsnittsskåre relatert til foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting. Imidlertid viste post hoc testen at ingen av gruppene var signifikant ulik fra de andre, noe som var meget bemerkelsesverdig. *Foreldrenes utdanning* viste seg altså å påvirke to av behandlingsutfallene ved denne PMTO – intervensjonen.

I følge både korrelasjons- og variansanalysen var det ingen signifikante forskjeller mellom de endringsskårer/gjennomsnitt som familier som bestod av henholdsvis én forelder og to foreldre oppnådde, noe som indikerer at *foreldrenes sivilstatus* ikke hadde en påvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen. Dette funnet var uventet, da det er rimelig å anta at familier som består av kun én forelder ofte opplever mer stress enn familier som består av to foreldre. Dette kan i sin tur føre til at forelderen som er alene vil streve med å bruke de strategier og verktøy som er blitt presentert under foreldretreningsøktene i like stor

grad som de foreldrene som er to. Funnet var også uventet, da en tidligere publisert studie som jeg har sett nærmere på rapporterte om funn som var motsatt av det som framkom i denne undersøkelsen. En meta - analyse utført av Lundahl og kollegaer (2005) viste at barn som bodde sammen med begge sine foreldre i løpet av foreldretreningsintervensjonen oppnådde bedre resultater i form av færre atferdsproblemer, ved endt intervensjon, sammenlignet med barn som bodde sammen med kun én av foreldrene. Meta – analysen til Lundahl og medarbeidere omfattet barn med alvorlige atferdsproblemer, slik at dette kan være en av årsakene til at resultatet fra denne undersøkelsen ikke stemte overens med resultatet fra meta - analysen. Imidlertid omfattet 11 av de 63 studiene i analysen barn med både ADHD og atferdsproblemer. I tillegg oppfyller, som nevnt, en relativt stor andel av de barna som har alvorlige atferdsproblemer også kriteriene for ADHD, og det ville være rimelig å forvente et mindre markant skille mellom disse to resultatene. Dessuten ville det være mer rimelig å forvente at variabelen *foreldrenes sivilstatus* ville påvirke behandlingsutfallet ved foreldretrening for barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer, og ikke utfallet ved foreldretrening for barn med kun ADHD, da aleneforeldre som har barn med begge lidelsene ville, mest sannsynlig, oppleve mer stress i familien enn aleneforeldre som har barn med kun ADHD. Et høyere stressnivå ville i sin tur ha en innvirkning på behandlingsutfallet, som nevnt i diskusjonen vedrørende familiens inntekt.

Variabelen *trygd/ikke trygd* ble, som nevnt, tatt med i variansanalysen, da denne variabelen kan hevdes å være nært knyttet til familiens inntekt, som i sin tur viste seg å korrelere med tre av barnets endringsskårer i korrelasjonsanalysen. F - testen viste en statistisk signifikans mellom de to ulike gruppernes gjennomsnittsskårer relatert til barnets endringer i eksternalisert atferd (rapportert av lærer), der barn som bodde i familier som ikke mottok trygd under intervensjonen oppnådde større forandringer i form av mindre utagerende atferd, enn barn som bodde i familier som mottok trygd. Dette funnet var ventet, da det var rimelig å forvente at familier som mottok trygd under intervensjonen ville oppleve mer stress, som følge av en dårligere økonomi, enn familier som ikke mottok trygd. Det antatte høye stressnivået ville i sin tur føre til at foreldrene i de førstnevnte familiene ikke ville klare å bruke de strategier og verktøy, som PMTO – terapeuten lærer bort under behandlingen, i like stor grad som foreldrene i de familier som ikke mottok trygd, noe som igjen ville hemme en endring hos barnet. Da det ikke ble funnet noen signifikante forskjeller mellom de to ulike gruppernes gjennomsnittsskårer på de andre avhengige variablene, kan det konkluderes med at denne

PMTO – behandlingen, totalt sett, var like effektiv for familier som mottok trygd under intervensjonen, som for familier som ikke mottok trygd. Dette må kunne betraktes som et meget viktig funn i denne undersøkelsen.

Korrelasjons- og variansanalysen viste ingen signifikante forskjeller i endringsskårer/gjennomsnitt på noen av de avhengige variablene, mellom familier tilknyttet henholdsvis BUP og Barnevernstjenesten. Dette tyder på at *type instans* familiene var knyttet til under behandlingen ikke hadde en innvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen. Dette funnet var noe uventet, da en ville kunne anta at foreldre i familier som var tilknyttet Barnevernstjenesten ville streve med både å tilegne seg og å bruke de strategier og verktøy som blir introdusert under intervensjonen i større grad enn foreldre i familier som var tilknyttet BUP. Antakelsen tok utgangspunkt i at den førstnevnte gruppen av foreldre ofte har egne vansker, noe som kan føre til et forhøyet stressnivå i disse familiene. Dette vil i sin tur ha en negativ påvirkning på foreldrenes motivasjon og overskudd for å være effektive foreldre (Ogden, 2009), noe som igjen kan føre til at foreldrene opplever å bli deprimerte eller får andre vansker, og slik er en vond sirkel skapt. Det at denne PMTO – intervensjonen var like effektiv for familier som var tilknyttet Barnevernstjenesten under intervensjonen, som for familier som var tilknyttet BUP kan betraktes som et viktig funn i denne studien.

I følge korrelasjonsanalysen vil de barna som har en *mor som er deprimert* endre seg ulikt i løpet av intervensjonen, i en negativ forstand, i forhold til deres utagerende atferd (rapportert av foreldre med PDR), fra de barna som har en mor uten depresjon. Dette funnet var ventet, da en tidligere studie jeg har sett nærmere på viste at depresjon hos mødre vil hemme endringer i barnets problematferd ved foreldretrening (Reyno & McGrath, 2006). I tillegg viste en undersøkelse utført av Capaldi, DeGarmo, Patterson og Forgatch (2002) at når mødre er deprimerte, påvirker dette deres oppdragelsespraksis på flere måter. De benytter ofte en grensesetting som kan karakteriseres som fiendtlig. Videre gir deprimerte mødre ofte mindre respons på sitt barns bekymringer, og viser i mindre grad atferd som initierer til samarbeid og prososial atferd hos barnet, sammenlignet med mødre som ikke er deprimerte.

Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *mors depresjon* og barnets endringer i utagerende atferd når endringene var rapportert av foreldrene ved bruk av CBCL. Hva som ligger i denne forskjellen er vanskelig å si, men en årsak til at foreldrenes rapporteringer ikke samsvarer kan være at da mor er deprimert vil hun, som nevnt, begynne å tillegge andre



familiemedlemmer negative attribusjoner, noe som kan medføre til at hun oppfatter barnet som mer ulydig og trassig enn det er i virkeligheten (Weissman & Paykel, 1974). Dette kan føre til at mor vil oppgi at barnets utagerende atferd har forandret seg i en mindre grad enn den har i virkeligheten når hun blir spurt om barnets atferd over telefon. Imidlertid vil mor også, mest sannsynlig, oppfatte barnet på denne måten når hun rapporterer om barnets endringer ved bruk av et spørreskjema, men det kan være en mulighet for at da mor får mer tid til å tenke vil det hun rapporterer gjennom et spørreskjema samsvare i en større grad med virkeligheten, enn når hun blir spurt direkte over telefonen.

Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *mors depresjon* og barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd (rapportert av lærer), oppmerksomhetsvansker, sosial kompetanse og akademisk kompetanse. I tillegg ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *mors depresjon* og foreldrenes endringer innenfor verken positiv grensesetting eller problemløsning. Dette kan bety at denne PMTO – behandlingen, totalt sett, var like effektiv for familier der mor var deprimert, som for familier der mor ikke var deprimert. Dette kan betraktes som et meget viktig funn i denne undersøkelsen. Det bør tillegges at det likevel kan være nyttig å vurdere om en bør behandle mors depresjon, da dette kan ha en påvirkning på morens evner til å effektivt implementere teknikker og verktøy introdusert i foreldretreningsintervensjonen (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham Jr., 2004).

Korrelasjonsanalysen viste ingen signifikante forskjeller mellom foreldrenes endringer innenfor *positiv grensesetting* og barnets endringer i forhold til dets atferd/kompetanse. Dette var noe uventet, da tidligere forskning har vist at når foreldrene oppnådde store forandringer innenfor *positiv grensesetting* under en PMTO - behandling, viste også barna større forandringer i form av mindre utagerende atferd og bedre sosiale ferdigheter, enn barn med foreldre som kun viste små forandringer innenfor denne foreldreferdigheten (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Lignende funn er blitt rapportert av Fossum, Mørch, Handegård, Drugli og Larsson (2009), der endring i både streng og inkonsekvent disiplinering hos foreldrene under en foreldretreningsintervensjon, fungerte som en delvis signifikant mediator for behandlingsutfallet som omfattet grad av problematferd hos barnet. Utvalgene i studiene bestod av barn med alvorlig problematferd, der 38 % hadde ADHD i tillegg i studien til Ogden & Amlund Hagen (2008), og der 46 % hadde ADHD i tillegg i studien til Fossum og kollegaer (2009).

Hvorfor resultatet i denne undersøkelsen ikke stemte overens med resultatene fra de ovennevnte studiene, er vanskelig å svare på. Denne undersøkelsen skilte seg ikke nevneverdig fra studien til Ogden og Amlund Hagen når det gjaldt antallet familier i utvalgene, barnas og foreldrenes gjennomsnittsalder, antallet gutter og jenter i utvalgene, antallet etnisk norske i utvalgene og foreldrenes sivilstatus. Dog var familienes gjennomsnittlige inntekt noe høyere i denne undersøkelsen (NOK 442,142,  $SD = 20,794$ ), sammenlignet med familienes gjennomsnittlige inntekt i studien til Ogden og Amlund Hagen (NOK 350,000,  $SD = 23,901$ ), noe som kan ha hatt en innvirkning på behandlingsutfallet. Imidlertid korrelerte ikke *familiens inntekt* med foreldrenes endringer i forhold til deres ferdigheter innenfor *positiv grensesetting* i denne undersøkelsen, slik at dette ikke kan være årsaken til at resultatene ikke stemte overens.

Videre skilte seg denne undersøkelsen ikke nevneverdig fra studien til Fossum og kollegaer når det gjaldt antallet familier i utvalgene, gjennomsnittsalderen hos foreldrene, fordelingen mellom kjønnene i utvalgene, antallet etnisk norske i utvalgene og foreldrenes sivilstatus. Studiene skilte seg fra hverandre i forhold til barnas alder, der gjennomsnittsalderen i studien til Fossum og kollegaer (2009) var 6.6 år ( $SD=1.3$ ), mens gjennomsnittsalderen i denne undersøkelsen var 9.0 år ( $SD=2.1$ ). Da barnets alder ikke korrelerte med foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting i denne undersøkelsen kan det se ut til at denne variabelen ikke er med og bidrar til at resultatene fra disse to undersøkelsene ikke overensstemmer. Imidlertid viste korrelasjonsanalysen i denne undersøkelsen en marginal signifikant forskjell mellom disse to ovennevnte variablene, der det viste seg at foreldre som hadde yngre barna tenderte mot å endre seg mer innenfor positiv grensesetting, enn foreldre som hadde eldre barn. Dermed kan det være en mulighet for at barnas alder kan være med å bidra til at resultatene fra disse to studiene ikke overensstemmer, da barna i studien til Fossum og kollegaer var yngre enn barna i denne undersøkelsen.

En annen variabel som kan være med på å bidra til at resultatene er ulike er hvilken type intervensjon som har blitt brukt i de to ulike studiene. I denne undersøkelsen ble det kun brukt foreldretrening som intervensjon, mens det i studien til Fossum og kollegaer ble brukt enten en foreldretreningsintervensjon eller en kombinert intervensjon bestående av foreldretrening og en behandling med fokus på barnet. I tillegg var foreldretreningen i den sistnevnte studien gruppebasert, mens foreldretreningen i denne undersøkelsen var individrettet. Dette kan også

ha hatt en innvirkning på behandlingsutfallene ved studiene. Avslutningsvis hadde alle barna i denne undersøkelsen både ADHD og alvorlige atferdsproblemer, mens mindre enn halvparten av barna i de to ovennevnte studiene hadde begge lidelsene, noe som også kan ha hatt en innvirkning på behandlingsutfallet.

Korrelasjonsanalysen viste en negativ korrelasjon mellom foreldrenes endringer innenfor foreldreferdigheten *problemløsning* og barnets endringer i forhold til dets grad av akademisk kompetanse. Dette indikerer at når foreldrene opplever en markant endring i sine problemløsningsferdigheter under PMTO – behandlingen, vil barna oppnå større forbedringer i forhold til deres grad av akademisk kompetanse, enn barn som har foreldre som gjennomgår få endringer innenfor denne foreldreferdigheten. Videre ble det ikke funnet noen korrelasjoner mellom foreldrenes endringer i forhold til deres ferdigheter innenfor *problemløsning* og barnets endringer innenfor noen av de resterende avhengige variablene. Disse funnene kan tyde på at endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor *problemløsning*, totalt sett, ikke førte til positiv endring av andre utfall ved denne PMTO - behandlingen.

For å prøve å besvare oppgavens problemstilling og hypotesene som var satt opp i kapittel fire ser det ut til at guttene oppnådde bedre resultater innenfor akademisk kompetanse under denne PMTO - behandlingen, sammenlignet med jentene. Derimot gjennomgikk jentene fler endringer i forhold til sin utagerende atferd (rapportert av foreldre) under denne intervensjonen, enn guttene. Videre gjennomgikk de foreldrene som hadde døtre med ADHD og alvorlige atferdsproblemer større forandringer innenfor positiv grensesetting i løpet av intervensjonen, enn de foreldrene som hadde sønner. På de resterende variablene var det ingen signifikante forskjeller mellom gutter og jenters endringsskårer/gjennomsnitt. Dermed ser det ut til at variabelen *barnets kjønn* delvis påvirket behandlingsutfallet ved denne intervensjonen, der det varierte ut fra om det var guttene eller jentene som oppnådde de beste resultatene. Imidlertid bestod utvalget i denne undersøkelsen av meget få jenter (N =14), hvis en sammenligner med antallet gutter (N =83), og dette kan ha hatt en innvirkning på resultatet. Resultatet fra denne studien overensstemmer ikke, med unntak av akademisk kompetanse, med hypotese 1 a, som var følgende: "*Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra barnets kjønn, der gutter vil oppnå bedre resultater ved endt intervensjon, sammenlignet med jenter*".

Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *barnets alder* og barnets eller foreldrenes endringsskårer innenfor noen av de avhengige variablene. Imidlertid var det en marginal signifikant forskjell mellom denne variabelen og foreldrenes endringer innenfor både positiv grensesetting og problemløsning. Det er imidlertid vanskelig å stadfeste om variabelen *barnets alder* påvirket behandlingseffekten ved denne PMTO – intervensjonen, da utvalget i denne undersøkelsen var litt skjevt fordelt i forhold til alder. Resultatet som framkom i denne undersøkelsen overensstemmer, mest sannsynlig, ikke med hypotese 1 b, som var følgende: *"Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra barnets alder, der de yngre barna (i aldersgruppen tre til åtte år) vil oppnå bedre resultater ved endt intervensjon, sammenlignet med de eldre barna (i aldersgruppen åtte til tolv år)"*, og heller ikke med den forskning som er blitt nevnt i oppgaven.

Resultatene i denne undersøkelsen viste at de barna som hadde en høy grad av eksternalisert atferd ved pretest tenderte mot å endre seg mer i forhold til både deres grad av eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker, sammenlignet med de barna som hadde en lav grad av utagerende atferd ved pretest. Videre ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *barnets grad av eksternalisert atferd* ved pretest og barnets endringer verken i forhold til dets sosiale eller akademiske kompetanse. Ut ifra disse funnene ser det ut til at *barnets grad av eksternalisert atferd* ved pretest delvis hadde en positiv påvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen, men kun for de med en høy grad av eksternalisert atferd. Resultatet fra denne undersøkelsen overensstemmer altså, når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker, med hypotese 1 c, som var følgende: *"De barna som skåret høyt på CBCL- og TRF – skalaen i forhold til eksternalisert atferd ved pretest vil oppnå bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med de som skåret lavere på disse skalaene"*. Resultatet stemmer ikke overens med hypotesen når det gjelder barnets endringer verken i forhold til dets sosiale eller akademiske kompetanse. I tillegg overensstemmer resultatet fra denne undersøkelsen med den forskning som er blitt omtalt i oppgaven.

I følge korrelasjonsanalysen tenderte de barna som hadde store oppmerksomhetsvansker ved pretest å endre seg mer i forhold til både deres grad av eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker i løpet av intervensjonen, enn de barna som hadde en mildere grad av oppmerksomhetsvansker. Videre viste analysen at de barna som hadde store

oppmerksomhetsvansker ved pretest endret seg ulikt, i en negativ forstand, i forhold til deres sosiale kompetanse, fra de barna som hadde en mildere grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *barnets grad av oppmerksomhetsvansker* ved pretest og barnets endringer innenfor akademisk kompetanse. Disse funnene indikerer at *grad av oppmerksomhetsvansker* hos barnet ved pretest delvis hadde en positiv påvirkning på utfallet ved denne PMTO – behandlingen, der det varierte ut fra om det var de med store oppmerksomhetsvansker eller de med en mildere grad av oppmerksomhetsvansker som gjennomgikk de største endringene i løpet av behandlingen. Resultatet som framkom i denne undersøkelsen overensstemmer altså, når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker, med hypotese 1 d, som var følgende: *”De barna som skåret høyt på CBCL- og TRF – skalaen i forhold til grad av oppmerksomhetsvansker ved pretest vil vise bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med de som skåret lavere på disse skalaene”*. Resultatet stemmer ikke overens med hypotesen når det gjelder barnets endringer verken i forhold til dets sosiale eller akademiske kompetanse. I tillegg overensstemmer resultatet fra denne studien med den forskning som er blitt omtalt i oppgaven.

De barna som hadde en høy grad av angst/depresjon ved pretest tenderte mot å endre seg mer i forhold til deres grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker i løpet av denne PMTO - behandlingen, enn de barna som hadde en lav grad av angst/depresjon ved pretest. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *barnets grad av angst/depresjon* ved pretest og barnets eller foreldrenes endringsskårer på de resterende avhengige variablene. Dermed påvirket *barnets grad av angst/depresjon* ved pretest delvis behandlingsutfallet ved denne intervensjonen. Resultatet i denne undersøkelsen overensstemmer altså, når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker, med hypotese 1 e, som var følgende: *”De barna som skåret høyt på CBCL – skalaen i forhold til grad av angst og/eller depresjon vil oppnå bedre resultater, som følge av PMTO - behandlingen, sammenlignet med de som skåret lavt på denne skalaen”*. Resultatene fra denne undersøkelsen stemmer ikke overens med hypotesen når det gjelder barnets endringer verken i forhold til dets grad av sosial eller akademisk kompetanse, men de overensstemmer med funn fra tidligere forskning på feltet.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at hvis familiens inntekt er høy så vil barnet oppnå større forandringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker

under intervensjonen, enn hvis familiens inntekt er lav. Dette var gjeldende når barnets endringer var rapportert av læreren. Imidlertid ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *familiens inntekt* og barnets endringer i forhold til de to ovennevnte variablene når endringene var angitt av foreldrene. Resultatene viser videre at de barna som hadde foreldre med høy inntekt tenderte mot å endre seg mer i forhold til deres grad av sosial kompetanse under intervensjonen, enn de barna som hadde foreldre med lav inntekt. Dette var gjeldende når barnets endringer var rapportert av foreldrene, men ikke når endringene var angitt av læreren. Dermed påvirket *familiens inntekt* delvis behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen, der høy inntekt var relatert til en positiv innvirkning på barnets resultater, mens lav inntekt var knyttet til en negativ innvirkning på utfall relatert til barnet. Resultatet fra denne studien overensstemmer altså, når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker (rapportert av lærer) samt sosial kompetanse (rapportert av foreldre), med hypotese 2 a, som var følgende: ”*Familier med høy inntekt og høy utdanning vil oppnå bedre resultater, som følge av å ha mottatt PMTO, sammenlignet med familier med lav inntekt og lav utdanning*”. Resultatet overensstemmer ikke med hypotesen når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker (rapportert av foreldre) eller sosial kompetanse (rapportert av lærer). I tillegg overensstemmer ikke resultatet med hypotesen i forhold til barnets endringer innenfor akademisk kompetanse eller foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting og problemløsning.

Når det gjelder variabelen *foreldrenes utdanning* viste variansanalysen en statistisk signifikans mellom de ulike undergruppenes gjennomsnittsskårer relatert til barnets endringer innenfor både grad av utagerende atferd (TRF) og oppmerksomhetsvansker (TRF). I tillegg viste analysen en statistisk signifikans mellom gruppenes gjennomsnitt i forbindelse med foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting. Ved de to førstnevnte funnene så vi en relativt sterk tendens til at høy utdanning hos foreldrene hadde en positiv påvirkning på behandlingsutfallet, mens det innenfor det sistnevnte funnet ikke framkom et klart mønster. Det ser dermed ut til at *foreldrenes utdanning* delvis påvirket behandlingsutfallet ved denne PMTO – intervensjonen. Resultatet som framkom i denne undersøkelsen overensstemmer altså, når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker (rapportert av lærer), med hypotese 2 a, som var følgende: ”*Familier med høy inntekt og høy utdanning vil oppnå bedre resultater, som følge av å ha mottatt*

*PMTO, sammenlignet med familier med lav inntekt og lav utdanning*". Resultatet overensstemmer ikke med hypotesen når det gjelder barnets endringer i forhold til dets grad av eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker (rapportert av foreldre). I tillegg overensstemmer ikke resultatet med hypotesen i forhold til barnets endringer innenfor sosial eller akademisk kompetanse, eller foreldrenes endringer innenfor positiv grensesetting og problemløsning. Til slutt stemmer resultatet fra denne undersøkelsen delvis overens med tidligere forskning på feltet.

Analysene som ble foretatt i denne undersøkelsen viste at barn som kun bodde sammen med én av foreldrene under intervensjonen, oppnådde like gode resultater, ved endt intervensjon, som barn som bodde sammen med begge foreldrene. I tillegg oppnådde aleneforeldre like gode resultater, når det gjaldt ferdigheter i positiv grensesetting og problemløsning, som foreldre som ikke var single. Dermed hadde *foreldrenes sivilstatus* ikke en påvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO – behandlingen. Resultatet i denne undersøkelsen overensstemmer altså ikke med hypotese 2 b som var følgende: "*Resultatet av foreldretreningen vil variere ut ifra antall foreldre i familien, der familier med to foreldre vil oppnå bedre resultater sammenlignet med familier med en forelder*", og ikke med den tidligere forskningen som har blitt omtalt i oppgaven.

Når det gjelder variabelen *trygd/ikke trygd* viste variansanalysen en statistisk signifikans mellom de to ulike gruppenes gjennomsnittsskåre relatert til barnets endringer i dets grad av eksternalisert atferd (rapportert av lærer). Analysen viste videre at barn som bodde i familier som ikke mottok trygd under intervensjonen, oppnådde større forandringer i form av mindre utagerende atferd, enn barn som bodde i familier som mottok trygd. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom familier som mottok trygd og familier som ikke mottok trygd sine gjennomsnittsskårer på de resterende avhengige variablene. Dette indikerer at denne PMTO – intervensjonen, totalt sett, var like effektiv for de familiene som mottok trygd som for de familiene som ikke mottok trygd. Dermed påvirket ikke variabelen *trygd/ikke trygd* behandlingsutfallet, og resultatene fra denne undersøkelsen overensstemmer ikke, med unntak av barnets endringer i eksternalisert atferd (TRF), med hypotese 2 c, som var følgende: "*De familier som mottar trygd, under intervensjonens gang, vil ikke oppnå like gode resultater, som følge av foreldretreningen, sammenlignet med de familier som ikke mottar trygd*".

Det ser ut til at variabelen *type instans* ikke hadde en påvirkning på behandlingsutfallet ved denne PMTO - behandlingen, da de familiene som var tilknyttet Barnevernstjenesten oppnådde like gode resultater som de familiene som var tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatrien. Resultatene som framkom i denne undersøkelsen overensstemmer altså ikke med hypotese 2 d som var følgende: *”Familier som er tilknyttet Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) vil oppnå bedre resultater, som følge av foreldretreningen, sammenlignet med familier som er tilknyttet Barnevernstjenesten”*.

Når det gjelder variabelen *mors depresjon* viser resultatene i denne undersøkelsen at de barna som hadde deprimerte mødre (ved pretest) oppnådde færre endringer i forhold til deres grad av utagerende atferd, sammenlignet med de barna som hadde mødre som ikke var deprimerte. Dette funnet var gjeldende når det var foreldrene som rapporterte om endringene hos barnet gjennom PDR, men ikke når foreldrene rapporterte om endringene ved bruk av CBCL. Videre ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom *mors depresjon* og barnets/foreldrenes endringsskårer på de resterende avhengige variablene i undersøkelsen. Dette kan tyde på at denne PMTO – behandlingen, totalt sett, var like effektiv for familier der mor var deprimert, som for familier der mor ikke var deprimert. Resultatene i denne undersøkelsen overensstemmer altså ikke, med unntak av et tilfelle, med hypotese 2 e som var følgende: *”En depresjon hos mor vil ha en negativ innvirkning på behandlingsutfallet, slik at disse familiene vil oppnå dårligere resultater, sammenlignet med familier der mor ikke er deprimert”*, men de overensstemmer med tidligere forskning på feltet.

Det ser ut til at endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor *positiv grensesetting* ikke førte til positiv endring av andre utfall ved denne PMTO - behandlingen, da denne undersøkelsen ikke viste noen korrelasjoner mellom foreldrenes endringer på denne variabelen og barnets endringer i dets atferd/kompetanse. Resultatene som framkom i denne undersøkelsen overensstemmer altså ikke med hypotese 3 a som var følgende: *”Hvis foreldrene viser store forbedringer, fra pretest til posttest, innenfor foreldreferdigheten positiv grensesetting vil deres barn oppnå bedre resultater, i forhold til deres atferd/kompetanse, enn barn som har foreldre som viser små forandringer innenfor denne ferdigheten”*, og ikke med tidligere forskning på feltet.



I følge resultatene i denne undersøkelsen vil barnet oppnå store forbedringer i forhold til dets grad av akademisk kompetanse når foreldrene oppnår store forandringer innenfor foreldreferdigheten *problemløsning*. Når det gjaldt barnets endringer innenfor de resterende avhengige variablene ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom disse og foreldrenes endringer innenfor denne foreldreferdigheten. Dette indikerer at endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor *problemløsning*, totalt sett, ikke førte til positiv endring av andre utfall ved denne PMTO - behandlingen. Resultatene i denne undersøkelsen overensstemmer altså ikke, med unntak fra et tilfelle, med hypotese 3 b som var følgende: *”Hvis foreldrene viser store forbedringer, fra pretest til posttest, innenfor foreldreferdigheten problemløsning vil deres barn oppnå bedre resultater, i forhold til deres atferd/kompetanse, enn barn som har foreldre som viser små forandringer innenfor denne ferdigheten”*.

## 7.1 Metodediskusjon

De fleste av måleinstrumentene som er brukt i denne undersøkelsen er tilpasset norske forhold, hvilket må kunne anses som en styrke. Både CBCL og TRF er blitt standardisert og validert i tidligere undersøkelser med norske barn (Lurie, 2006; Nøvik, 1999). Når det gjelder SSRS så har dette måleinstrumentet tidligere blitt modifisert fra en tre – poengs til en fire – poengs Likert skala slik at variasjoner i sosial kompetanse hos norske barn kan bedre fanges opp (Sørli, Amlund Hagen & Ogden, 2008). Videre har måleinstrumentet PDR nylig blitt oversatt og tilpasset norske forhold av amerikanske og norske forskere (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Imidlertid kan det, selv om måleinstrumentene er blitt tilpasset norske forhold, være vanskelig å vite om instrumentene faktisk måler det de skal måle, og at begrepene passer med måleinstrumentene. I tillegg kan det, som ved all forskning, ha forekommet feil ved skåring av resultatene.

I forhold til utvalget undersøkelsen baseres på, vil det faktum at utvalget representerer alle helseregioner i Norge kunne anses som en styrke. Imidlertid preges utvalget av en klar overvekt av gutter (gutter = 83, jenter = 14), og barn med norsk etnisitet (etnisk norske = 80, annen etnisitet = 7). Dette kan ha hatt en innvirkning på de resultat som har framkommet i denne undersøkelsen. I tillegg er det en noe skjev fordeling i forhold til barnas alder i utvalget, da gjennomsnittet i utvalget er 9.0 år ( $SD=2.1$ ), selv om aldersspennet strekker seg

fra tre til tolv år. Dette kan ha hatt en innvirkning på resultatene. De begrensninger som er nevnt over reduserer mulighetene til å generalisere resultatene som har framkommet i denne undersøkelsen. Dermed kan det være behov for studier som inkluderer flere jenter, minoritetsspråklige barn og yngre barn.

Resultatene i denne undersøkelsen overensstemmer, totalt sett, delvis med resultater i tidligere publiserte studier. Dette kan komme av at tidligere studier har inkludert barn med enten ADHD eller alvorlige atferdsproblemer, mens denne studien bestod av barn med begge lidelsene. Imidlertid er det stor komorbiditet mellom disse lidelsene, og det vil være rimelig å forvente et mindre markant skille mellom resultatene. En annen grunn til at resultatene i denne undersøkelsen ikke overensstemmer med resultatene fra tidligere studier kan komme av at det kan være brukt andre typer foreldretreningsprogrammer i de tidligere studiene og/eller at intervensjonen har hatt en annen varighet.

Videre er det kun et fåtall studier som har undersøkt faktorer som kan ha en påvirkning på behandlingseffekten ved foreldretrening tidligere, noe som kan være årsaken til at resultatene i denne undersøkelsen ikke samsvarer med resultatene fra tidligere studier. Ut ifra den sistnevnte begrunnelsen ser det ut til at det er behov for flere studier som ser på om følgende variabler: *barnets alder*, *foreldrenes utdanning* og *foreldrenes sivilstatus* kan ha en positiv påvirkning på behandlingsutfallet, ved foreldretrening, for barn med disse vanskene. I tillegg ser det ut til at det er behov for flere studier som ser på om endringer av foreldrenes ferdigheter innenfor *positiv grensesetting* kan føre til positiv endring av andre utfall ved PMTO.

Avslutningsvis så denne studien på den eventuelle påvirkningen én variabel hadde for utfallet. Imidlertid kan det være slik at flere ulike variabler kan være relatert til hverandre, og at deres felles påvirkning kan være annerledes enn de individuelle påvirkningene. Dette er noe framtidige studier bør se nærmere på.



# Register

## Liste over figurer

### Kapittel 3:

Figur 1. Utfall ved fastlåste og tvingende samspill (Patterson, 1982).

Figur 2. Faktorer som viser hvordan omsorgsgiverens depresjon påvirker og blir påvirket av familieinteraksjonene, etter Patterson (1982).

Figur 3. Relasjonen mellom oppdragelsesferdigheter hos foreldrene, kriser og antisosial atferd hos barnet, etter Patterson (1982).

## Liste over tabeller

### Kapittel 6:

Tabell 1. Barnas og foreldrenes pretestskårer, posttestskårer og endringsskårer på de 10 avhengige variablene i undersøkelsen samt barnas og foreldrenes pretestskårer på de uavhengige variablene som det var mulig å regne ut et gjennomsnitt på.

Tabell 2. Korrelasjoner mellom pretestskårer på de uavhengige variablene og barnas og foreldrenes endringsskårer på de avhengige variablene i studien. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå , \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå. Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL), Akademisk kompetanse (AK), Positiv grensesetting (PG) og Problemløsning (PL).

Tabell 3. Korrelasjoner mellom barnas pretestskårer innenfor eksternalisert atferd og oppmerksomhetsvansker og barnas endringsskårer på de åtte avhengige variablene knyttet til barnets atferd/kompetanse. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå , \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå . Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL) og Akademisk kompetanse (AK).

Tabell 4. Korrelasjon mellom foreldrenes endringsskårer innenfor positiv grensesetting og problemløsning og barnas endringsskårer på de åtte avhengige variablene knyttet til barnets atferd/kompetanse. *Merknad.* \*\* korrelasjonen er signifikant på .01 nivå , \* korrelasjonen er signifikant på .05 nivå. Forklaring av forkortelsene: PDR Eksternalisert atferd (PE), CBCL Eksternalisert atferd (CE), TRF Eksternalisert atferd (TE), CBCL Oppmerksomhetsvansker (CO), TRF Oppmerksomhetsvansker (TO), SSRS Foreldre (SF), SSRS Lærer (SL) og Akademisk kompetanse (AK).

Tabell 5. Signifikante forskjeller for kjønn. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge

kjønn er  $F = F\text{-test}$ ,  $p\text{-verdi}$  og  $(\text{Eta})^2 = \text{eta kvadrert}$  (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)).  $N = \text{Gr.1} = 56$  på akademisk kompetanse, = 62 på eksterne atferd og =56 på positiv grensesetting.  $\text{Gr.2} = 6$  på akademisk kompetanse, =10 på eksterne atferd og =10 på positiv grensesetting.

Tabell 6. Signifikante forskjeller for utdanning. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge kjønn er  $F = F\text{-test}$ ,  $p\text{-verdi}$  og  $(\text{Eta})^2 = \text{eta kvadrert}$  (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)).  $N = \text{Gr.1} = 11$ ,  $\text{Gr.2} = 22$ ,  $\text{Gr.3} = 16$ ,  $\text{Gr.4} = 16$ ,  $\text{Gr.5} = 1$  på både eksterne atferd og oppmerksomhetsvansker.  $\text{Gr.1} = 10$ ,  $\text{Gr.2} = 23$ ,  $\text{Gr.3} = 15$ ,  $\text{Gr.4} = 17$ ,  $\text{Gr.5} = 1$  på positiv grensesetting.

Tabell 7. Signifikante forskjeller for trygd/ikke trygd. *Merknad:* SD = standard avvik. Felles for begge kjønn er  $F = F\text{-test}$ ,  $p\text{-verdi}$  og  $(\text{Eta})^2 = \text{eta kvadrert}$  (der effektstyrken; .01 = liten, .06 = moderat og .14 = stor i følge Cohen (1988)).  $N = \text{Gr.1} = 19$  og  $\text{Gr.2} = 45$ .

# Litteraturliste

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*.

Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. utgave). Washington, D.C.: APA.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.

Antrop, I., Roeyers, H., Van Oost, P., & Buysse, A. (2000). Stimulant seeking and hyperactivity in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 225-231.

Arnesen, P., Brandal, A., Kvilhaug, G., & Skram, K. (2006). *Barn og unge med AD/HD. AD/HD og lignende atferdsvansker – skoleperspektivet*. Lastet ned 26. januar 2011, fra [http://www.udir.no/upload/Rapporter/ADHD\\_rapport.pdf](http://www.udir.no/upload/Rapporter/ADHD_rapport.pdf)

Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A., & Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.

- Barkley, R. A., & Cummingham, C. E. (1979). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208.
- Beckman, V., & Fernell, E. (2004). Utredning och diagnostik. I V. Beckman (Red.), *ADHD/DAMP – En uppdatering*. (s. 21-33). Lund: Studentlitteratur.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utgave). Oslo: Det norske samlaget.
- Biederman, J. et al. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 343-351.
- Biederman, J., & Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-48.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective Psychosocial Treatments of Conduct-Disordered Children and Adolescents: 29 Years, 82 Studies, and 5,272 Kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180-189.
- Burns, G. L., & Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 245-256.

- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R., & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. I J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Red.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (s. 123-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chronis, A. M, Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham Jr., W. E. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral science*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Coolican, H. (1999). *Research methods and statistics in psychology* (3. utgave). London: Hodder & Stoughton.
- Corcoran, J., & Dattalo, P. (2006). Parent Involvement in Treatment for ADHD: A Meta – Analysis of the Published Studies. *Research on Social Work Practice*, 16(6), 561-570.
- Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.



- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Journal of Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Duvner, T. (2004). *AD/HD. Impulsivitet. Overaktivitet. Konsentrasjonsvansker*. N.W. Damm & Søn.
- Elder, G. H., Caspi, A., & Downey, G. (1983). Problem behavior in family relationships: A multigenerational analysis. I A. Sorensen, F. Weinert & L. Sherrod (Red.), *Human development: Interdisciplinary perspective* (s. 93-118). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr., W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis – Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta – analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *AD/HD – faktaark*. Lastet ned 20.januar 2011, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0)
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., & Patterson, G. R. (2004). From Theory to Practice: Increasing Effective Parenting Through Role-Play. I H. Steiner (Red.), *Handbook of Mental Health Interventions in Children and Adolescents*. (s. 782-812). San Fransisco: Jossey-Bass.

- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 711-724.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (1989). *Parents and adolescents living together: Vol.2. Family problem solving*. Eugene, OR: Castalia.
- Fossum, S., Mørch, W., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009). Parent Training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*, 173-181.
- Frønes, I. (2000). *De likeverdige: Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gelso, C., & Fretz, B. (2001). *Counseling Psychology*. USA: Thomson Learning, Inc.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster – Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(3), 388-398.
- Haugen, R. (2008a). Hvordan kan man hjelpe barn og ungdom med atferdsforstyrrelser? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 387-416). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

- Haugen, R. (2008b). Påvirkningsfaktorer: Risikofaktorer versus beskyttelsesfaktorer. I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 43-72). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugen, R. (2008c). Sosiale vansker. Hvordan kommer de til uttrykk? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 73-105). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Hechtman, L., & Weiss, G. (1983). Controlled prospective fifteen-year follow-up of hyperactives as adults: Non-medical drug and alcohol use and anti-social behaviour. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 415-425.
- Hinshaw, S. P. (1994). Attention Deficits and Hyperactivity in children. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Hinshaw, S. P. (2002). Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior patterns. *Journal of Developmental Psychopathology*, 14, 789-818.
- Hinshaw, S. P. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, 299-302.
- Hinshaw, S. P. (2007). Moderators and Mediators of Treatment Outcome for Youth With ADHD: Understanding for Whom and How Interventions Work. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 664-675.
- Hinshaw, S. P. et al. (2000). Family processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/Ineffective Parenting Practices in Relation to Multimodal Treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 555-568.

Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Milich, R. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disordered and Control Boys' Responses to social Success and Failure. *Child Development*, 71, 432-46.

International Narcotics Control Board (INCB), Report 2004. (2004). Lastet ned 13. mars 2011, fra [http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb\\_report\\_2004\\_full.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/ar/2004/incb_report_2004_full.pdf)

Jenkins, J. (2009). Psychosocial Adversity and Resilience. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, S. Pine et al. (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5. utgave, s. 377-391). Oxford: Blackwell Publishing Limited.

Jenkins, J. M., Rasbash, J., & O'Connor, T. G. (2003). The role of the shared family context in differential parenting. *Developmental Psychology*, 39, 99-113.

Jensen, P. S. et al. (2001). ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.

Jensen, P. S. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 60-73.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag as.

- Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional/ Conduct Problems: Links to Parent – Child Interactions. *Journal of Canadian Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74-79.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2007). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child, care, health and development*, 34(3), 380-390.
- Kazdin, A. E. (2001). Conduct Disorder. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2511 – 2516.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioural treatment and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-535.
- Kleven, T. A. (2002). Hvordan er begrepene operasjonalisert? – Spørsmålet om begrepsvaliditet. I T. A. Kleven, F. Hjordemaal & K. Tveit (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (s. 120-138). Oslo: Unipub forlag.
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD Dimensions, ADHD, and Callous-Unemotional Traits as Predictors of Treatment Response in Children With Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 713-725.
- Lindberg, E., & Ogden, T. (2001). *Elevatferd og læringsmiljø 2000. En oppfølgingsundersøkelse av elevatferd og læringsmiljø i Grunnskolen*. Publikasjon 2, LS 2001. Oslo: Læringscenteret.

- Lund, T., & Christophersen, K - A. (1999). *Innføring i statistikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2005). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Lurie, J. (2006). *Teachers' perceptions of emotional and behavioral problems in 6-12 year old Norwegian school children*. Trondheim: Barnevernets Utviklingssenter i Midt-Norge.
- Mc Ardle, P. (2007). ADHD and Comorbid Oppositional Defiant and Conduct Disorders. I M. Fitzgerald, M. A. Bellgrove, & M. Gill (Red.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (s. 53-68). England: Wiley & Sons Ltd.
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2003). Buffer of Peer Rejection Among Girls With and Without ADHD: The Role of Popularity With Adults and Goal-Directed Solitary Play. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 381-97.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moffitt, T. E., & Scott, S. (2009). Conduct disorders of childhood and adolescence. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, S. Pine et al. (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5. utgave, s. 543-564). Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- Nordahl, T., Sørli, M., Manger, T., & Tveit, A. (2007). *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nøvik, T.S. (1999). *Validity and use of the Child Behaviour Checklist in Norwegian children and adolescents: An epidemiological and clinical study*. Universitetet i Oslo, Oslo.

O'Connor, T. G., Deater - Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M., & Plomin, R. (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioural problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34, 970-981.

Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.

Ogden, T., Amlund Hagen, K., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence – Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582-591.

Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317–329.

Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and

- oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 1447-1471.
- Oltmanns, T., Broderick, J., & O'Leary, K. (1977). Marital adjustment and the efficacy of behaviour therapy with children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 724-729.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 15)* (3. utgave). England: Open University Press.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process: A Social learning approach*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist Association*, 41(4), 432-444.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). Treatment Process: A Problem at Three Levels. I J. J. Card (Red.), *The American Family: A Compendium of Data and Sources* (s.189-223). New York: Garland Publishing.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys. Vol. 4*. Eugene, OR: Castalia.



- Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 503-513.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.
- Rieppi, R. et al. (2001). Socioeconomic Status as a Moderator of ADHD Treatment Outcomes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 269-277.
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov. Et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Schachar, R., & Tannock, R. (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. I M. Rutter & E. Taylor (Red.), *Child and Adolescent Psychiatry* (s. 399-418). Oxford: Blackwell Publishing.
- Scott, S. (2009). Parenting programs. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, S. Pine et al. (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5. utgave, s. 1046-1061). Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- Sharkey, L., & Fitzgerald, M. (2007). Diagnosis and Classification of ADHD in Childhood. I M. Fitzgerald, M. A. Bellgrove, & M. Gill (Red.), *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (s. 13-35). England: Wiley & Sons Ltd.

- Silver, B. (2004). *Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder. A clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professionals* (3. utgave). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Smith, L. (2004). *Barn med atferdsvansker. En utviklingspsykopatologisk tilnærmingssmåte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 587-597.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *ICD – 10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo.
- Sørensen, L. (2009). *Emotional problems in inattentive children: effects on cognitive control functions*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Sørli, M., Amlund Hagen, K., & Ogden, T. (2008). Social competence and antisocial behavior: Continuity and distinctiveness across early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 121-144.
- Stubbs, J., Crosby, L., Forgatch, M. S., & Capaldi, D. M. (1998). *Family and peer process code: A synthesis of three Oregon Social Learning Center behavior codes* (Manual). Eugene: Oregon Social Learning Center.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4. utgave). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

- Tannock, R., & Brown, T. (2000). Attention-deficit disorders with learning disorders in children and adolescents. I T. Brown (Red.), *Attention Deficit Disorder and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults* (s. 231-296). Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Taylor, E. A. (1994). Syndromes of Attention Deficit and Overactivity. I M. Rutter, E. A. Taylor, & L. Hersov (Red.), *Child and Adolescent psychiatry* (3.utgave, s. 285-307). London: Blackwell Scientific Publications.
- Taylor, E., & Sonuga - Barke, E. (2009). Disorders of Attention and Activity. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, S. Pine et al. (Red.), *Rutter´s Child and Adolescent Psychiatry*. (5. utgave, s. 521-542). Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- Wagner, W. E. (2010). *Using SPSS for Social Statistics and Research Methods* (2.utgave). USA: Pine Forge Press.
- Wahler, R. G., & Afton, A. D. (1980). Attentional processes in insular and noninsular mothers: some differences in their summary reports about child problem behavior. *Child Behavior Therapy*, 2, 25-41.
- Waschbusch, D. A. (2002). A Meta – analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. University of Chicago Press, Chicago.

Weisz, J. R., Hawley, K. M., & Doss, A. J. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 729-815.

Zeiner, P. (2004). ADHD – en oversikt. I P. Zeiner (Red.), *Barn og unge med ADHD* (s. 18-71). Vollen: Tell Forlag A.S.

